

薬局製剤製造業許可更新申請書

許可番号及び年月日		許可証に記載されている番号及び有効期間開始年月日 〇〇第 〇〇〇〇〇〇〇 号 〇〇年〇月〇日		
製造所の名称		許可証に記載されている名称 〇〇薬局		
製造所の所在地		許可証に記載されている所在地 山形市城南町一丁目1番1号		
許可の区分		薬局製剤製造業許可		
製造所の構造設備の概要		薬局等構造設備規則第11条のとおり		
(法人にあつては) 薬事に関する業務に 責任を有する役員の氏名		〇〇 〇〇		
管理者又は責任技術者		氏名	山形 べに	資格 薬剤師登録番号：第 号 薬剤師登録年月日： 年 月 日
		住所	山形市△△町□丁目□番□号	
申請者（法人にあつては、 薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。）の欠格条項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	なし	欠格条項に該当無い場合は「なし」と記載。法人で責任役員が複数の場合は、「全員なし」と記載。	
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	なし		
	(3) 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	なし		
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	なし		
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし		
	(6) 精神の機能の障害により製造業者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	なし		
	(7) 製造業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	なし	(6)に該当するおそれがある場合、該当者に係る医師の診断書を添付してください。	
備考	薬局開設許可番号： 薬局開設許可年月日：			

上記により、薬局製剤の製造業の許可の更新を申請します。

年 月 日

提出日を記載してください。

薬局開設許可証に記載されている番号及び有効期間開始年月日を記載してください。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）
山形市城南町一丁目1番1号
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）
株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

（あて先）山形市保健所長

連絡（担当）者名：やまがた べに

連絡先 TEL： 080-〇〇〇〇-XXXX

ご担当者の氏名と連絡先を記載してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。
- 4 備考欄には、薬局の開設許可番号及び許可年月日を記載すること。