

薬局製剤製造販売業許可申請書

主たる機能を有する事務所（薬局）の名称		〇〇薬局	
主たる機能を有する事務所（薬局）の所在地		山形市城南町一丁目1番1号	
許可の種類		薬局製剤製造販売業	
（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、△△ △△	
総括製造販売責任者	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△△町〇丁目〇番〇号	
備考		薬局開設許可番号： 薬局開設許可年月日：	

薬剤師名簿の登録番号、登録年月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名称、番号及び有効期間開始年月日を記載してください。薬局許可申請と同時の場合は、「〇年〇月〇日付けで薬局開設許可申請中」と記載してください。

上記により、薬局製剤製造販売業の許可を申請します。

年 月 日

提出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： 080-0000-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、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 総括製造販売責任者の資格欄には、薬剤師の薬剤師名簿の登録番号及び登録年月日を記載すること。
- 4 備考欄にその薬局の開設許可番号及び許可年月日を記載すること。