**様式第九**（第十九条）

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 |  |
| 主たる機能を有する事務所（薬局）の所在地 |  |
| 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 |  |
| 総括製造販売責任者 | 氏　　　名 |  | 資格 | 薬剤師登録番号：第　　　　　　　号薬剤師登録年月日：　　　　年　　月　　日 |
| 住　　　所 |  |
| 備　　　　　　　　　　　考 | 薬局開設許可番号：薬局開設許可年月日： |

上記により、薬局製剤製造販売業の許可を申請します。

年　　月　　日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

（あて先）山形市保健所長

連絡（担当）者名　　　　　　　　　　　　　連絡先　ＴＥＬ：

（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。