

薬局製剤製造業許可申請書

| | | | |
|--|--|---------------|---|
| 製造所の名称 | | 〇〇薬局 | |
| 製造所の所在地 | | 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 | |
| 製造所の構造設備の概要 | | 別紙のとおり | |
| (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△△町〇丁目〇番〇号 | |
| 務申請者(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 | 全員なし | |
| | (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 | 全員なし | |
| | (3) 禁錮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 | 全員なし | |
| | (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 | 全員なし | |
| | (5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | 全員なし | |
| | (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 | 全員なし | |
| | (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 | 全員なし | |
| 備考 | 薬局開設許可番号： 薬局開設許可年月日： | | (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。 |

薬剤師名簿の登録番号、登録年月日を記載してください。

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。

上記により、薬局製剤製造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。

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。

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、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 管理者の資格欄には、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 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。
- 5 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。