様式第九

薬局製造販売医薬品製造販売業　許可申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主たる機能を有する事務所の名称 | | |  | | | | |
| 主たる機能を有する事務所の所在地 | | |  | | | | |
| 許可の種類 | | | 薬局製造販売医薬品製造販売業許可 | | | | |
| （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 | | 第　　　　　　　　号  　　　　年　　月　　日 | |
| 住　所 |  | | | | |
| 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 | | | |  | |
| （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 | | | |  | |
| （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 | | | |  | |
| （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 | | | |  | |
| （5）麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | | | |  | |
| （6）精神の機能の障害により製造販売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 | | | |  | |
| （7）製造販売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 | | | |  | |
| 備考 | | |  | | | | |

上記により、薬局製造販売医薬品の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 |  |

千葉県知事　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

（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　総括製造販売責任者の資格欄には、その者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。また、(6)欄に該当するおそれがある者について

　は、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請書に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を

　添付すること。

５　備考欄には、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。