

医薬品製造販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	第 号 年 月 日
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 (管理薬剤師)	氏 名
	住 所
	薬剤師名簿 登録番号
第 号	薬剤師名簿 登録年月日
年 月 日	
の 欠 格 条 項 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 。)	(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) 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
	(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って必要な認知、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	薬局の名称 薬局開設許可番号 第 号 許可年月日 年 月 日
	薬局電話 () - 担当者名 () 連絡先 () -

上記により、薬局製造販売医薬品の製造販売業の許可の更新を申請します。

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) 一宮市保健所長

保健所收受印	領 収 済 印	許 可 証
	_____円	年 月 日 受領者氏名 _____

(記載上の留意事項)

- 1 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書いてください。
- 2 許可年月日は、許可証に記載されている有効期間の開始年月日を記入してください。
- 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)及び(2)欄にはその理由及び年月日を、(3)欄にはその罪、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った場合はその年月日を、(4)欄にはその違反の事実及び違反した年月日を記載してください。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、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付してください。
- 4 住居表示に関する法律等法令により住所又は薬局の所在地の表示に変更があった場合は、備考欄にその新旧を記入してください。

(添付書類)

医薬品製造販売業許可証