

薬局製剤 製造業 許可申請書

手数料納付額	審査印
11,400 円	

製造所の名称			
製造所の所在地			
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	
管理者又は責任技術者	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		
(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			
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)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つた後、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薬局開設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)薬局開設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		薬局の開設許可番号： 薬局の許可年月日：  <b>【次の書類を省略する場合は該当項目に✓、必要事項を記載】</b> <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他( ) 名称「 」の「 」申請/届 に添付の為省略。 令和 年 月 日 水戸市保健所に提出。	

上記により、薬局製造販売医薬品の製造業の許可を申請します。

令和 年 月 日

住所 (法人にあつては、主たる事業所の所在地)

〒 -

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

水戸市保健所長 様

担当者 氏名 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_

(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)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。