

様式第九（第十九条関係）

手数料納付額	審査印
金	円

薬局製剤 製造販売業 許可申請書

薬 局 の 名 称			
薬 局 の 所 在 地			
許 可 の 種 類			
総括製造販売責任者	氏 名	資 格	
	住 所		
う 申 請 者 (法 人 に あ っ て は そ の 業 務 を 行 う 役 員 を 含 む) の 欠 格 事 項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと		
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと		
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと		
	(4) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと		
備 考			

上記により、薬局製剤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）

茨城県 保健所長 殿

（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 許可の種類欄は薬局製剤製造販売業許可又は薬局製造販売医薬品製造販売業許可と記載すること。
- 4 総括製造販売責任者の資格欄には、薬剤師名簿の登録番号及び登録年月日を記載すること。
- 5 申請者の欠格条項の(1)欄から(4)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っ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。
- 6 備考欄に薬局の開設許可番号及び許可年月日を記載すること。