

神戸市収入証紙 (6,300円 消印しないこと)

※証紙は市役所内「三井住友銀行」等の神戸市収入証紙売りさばき所で購入のこと

様式第九 (第十九条関係)

薬局製剤製造販売業許可申請書

ふりがな			
薬局の名称			
薬局の所在地		〒 - 神戸市 区 TEL () -	
許可の種類		薬局製剤製造販売業許可	
(法人にあっては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名			
販売責任者	ふりがな		資格 (薬剤師免許)
	氏名		年 月 日 第 号
総括製造	住所	〒 -	
申請者(法人にあっては、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、その違反行為があった日から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	薬局開設許可 (申請中・取得済 神戸第 号 年 月 日) 添付書類の省略: 登記事項証明書・雇用関係証明書・資格証の写し (に添付のため) ふりがな 申請担当者 TEL () - 許可開始希望日: 月 日		

上記により、薬局製剤製造販売業の許可を申請します。また、資格関係書類・登記事項証明書等の写しを添付している場合は原本と相違ないことを誓約します。

年 月 日 〒 -

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

(ふりがな) 氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

TEL () -

神戸市保健所長 あて

(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 許可の種類欄には、薬局製剤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 総括製造販売責任者の氏名、住所及び資格欄には、総括製造販売責任者補佐薬剤師を置く場合にあつては、「総括製造販売責任者／総括製造販売責任者補佐薬剤師」の氏名、住所及び資格をそれぞれ記載すること。この場合、資格欄には、上記4の総括製造販売責任者の資格／総括製造販売責任者補佐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。
- 6 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。
- 7 薬局製造販売医薬品の製造販売業にあつては、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。
- 8 略
- 9 申請者が現に製造販売業の許可を取得している場合には、備考欄に当該製造販売業の許可の種類及び許可番号を記載すること。