

記載例

様式第十一（第二十三条関係）

許可証の有効期間の開始日を記載してください。

薬局製剤製造販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日	第 33 号 令和2年4月1日		
薬局の名称	薩摩薬局		
薬局の所在地	鹿児島市山下町11番1号		
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	○所 広○	資格
	住所	鹿児島市天保山町25番1号	
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務に欠格条項を含む)の氏名	(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	全員なし	
	(2) 法第75条の2第2項の規定により、取消しの日から3年を経過していない者	全員なし	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられていない者	全員なし	
	(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	全員なし	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし	
	(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	全員なし	
	(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	全員なし	
備考	薬局開設許可番号： 第 33 号 許可年月日： 令和2年4月1日		

法人で、業務に責任を有する役員が一人の場合は「なし」、複数の場合は「全員なし」と記載してください。

上記により、薬局製剤の製造販売業の許可の更新を

法人：登記された本店の所在地、商号及び代表者氏名を記載してください。
個人：個人の氏名・住所を記載してください。

令和3年8月1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)

〒890-1234
鹿児島市鴨池二丁目25番1号

株式会社薩摩
代表取締役 島○ 齊○
連絡先 (099) 258-2321

鹿児島市保健所長 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 許可の種類欄には、薬局製造販売医薬品製造販売業にあつて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、医薬品の製造販売業にあつてはその者が薬剤師であるとき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。5 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。
- 6 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。