

配置販売業許可申請書

営業の区域					
取り扱おうとする品目	名 称	成分及び分量	用法及び用量	効能又は効果	製造販売業者の氏名又は名称
申請者(法人にあつては、その業務を行う役員及び令第五十条に規定する者を含む。)	1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと				
	2) 禁錮以上の刑に処せられたこと				
	3) 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				
	4) 後見開始の審判を受けていること				
備 考					

上記により、配置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)

電話番号 ()
担当者

群馬県知事

殿

群馬県 保健所長

(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、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 取り扱おうとする品目欄にその品目の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)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、(3)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を、(4)欄にあつては「ある」と記載すること。

別紙（既存配置販売業許可申請用）

既存配置販売業者	氏名							
	住所							
	許可番号 及び年月日	都道府県号	都道府県号	都道府県号	第	年	月	日
		第	年	月	日	第	年	月

○区域管理者

氏名	住所	配置従事者身分証明書交付都道府県 及び証明書番号 ※	備考

※薬剤師にあつては、薬剤師名簿登録番号及び薬剤師名簿登録年月日も記載

※申請中の場合は、申請都道府県名及び申請中の旨を記載

○その他当該区域で配置従事する薬剤師

氏名	住所	配置従事者身分証明書交付都道府県及び証 明書番号・薬剤師名簿登録番号及び薬剤師 名簿登録年月日	備考