

再生医療等製品販売業許可更新申請書

|       |  |
|-------|--|
| 事 項   | 再生医療等製品販売業の許可を更新しようとするとき                                       |
| 根拠法令  | 法 律 第40条の5、第40条の7<br>施行令 第44条、第57条<br>施行規則 第196条の5<br>施行細則 第6条 |
| 提出部数  | 2部（1部薬事管理課、1部保健福祉事務所、長野市保健所又は松本市保健所）                           |
| 添付書類  | 再生医療等製品販売業許可証の原本   |
| 手数料   | 11,100円（長野県収入証紙）   |
| そ の 他 | 1. 許可証を紛失した場合、再交付申請手続きを併せて行う。                                  |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 許可番号及び年月日   | 〇〇〇〇〇〇〇〇 令和〇年〇月〇日   |  |  |
| 営業所の名称  | 株式会社〇〇 〇〇支店   |  |  |
| 営業所の所在地   | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>松本市〇〇<br>TEL〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇   |  |  |
| 営業所の構造設備の概要   | 薬局等構造設備規則第5条の2の基準のとおり   |  |  |
| (法人にあつては)<br>薬事に関する業務に<br>責任を有する役員の氏名                               | (法人の場合は必ず記載してください)<br>代表取締役 〇〇 〇〇<br>取締役 〇〇 〇〇                                |  |  |
| 管 理 者   | 氏 名   | 〇〇 〇〇  | 資 格 薬剤師  |
|   | 住 所   | 松本市〇〇  |  |
| 兼 営 事 業 の 種 類   | 医薬品販売業、医療機器販売業等   |  |  |
| 変 更 内 容   | 事 項   | 変 更 前  | 変 更 後  |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> 変更なし<br><input type="checkbox"/> 変更あり ( ) |  |  |
| 申 請 者 (法 人 に あ つ て は、薬 事 に 関 す る 業 務 に 関 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  | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (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  | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (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                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (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 | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (5)   | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者   | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (6)   | 精神の機能の障害により再生医療等製品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                   | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (7)   | 再生医療等製品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                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
| 備 考   |   |  |  |

上記により、再生医療等製品の販売業の許可の更新を申請します。

年 月 日

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
東京都新宿区〇丁目〇〇

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

氏 名 株式会社〇〇  
代表取締役 〇〇

再生医療等製品販売業許可更新申請書

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 許可番号及び年月日                               |   |  |  |
| 営業所の名称                                  |   |  |  |
| 営業所の所在地                                 |   | 〒<br>TEL   |  |
| 営業所の構造設備の概要                             |   | 薬局等構造設備規則第5条の2の基準のとおり  |  |
| (法人にあつては)<br>薬事に関する業務に<br>責任を有する役員の氏名   |   | (法人の場合は必ず記載してください)   |  |
| 管 理 者                                   | 氏 名   |  | 資 格  |
|   | 住 所   |  |  |
| 兼 営 事 業 の 種 類                           |   |  |  |
| 変 更 内 容                                 | 事 項   | 変 更 前  | 変 更 後  |
|   | <input checked="" type="checkbox"/> 変更なし<br><input type="checkbox"/> 変更あり ( ) |  |  |
| 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  | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (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  | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (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                                 | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (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 | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (5)   | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者   | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (6)   | 精神の機能の障害により再生医療等製品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                   | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
|   | (7)   | 再生医療等製品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                                       | <input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり |
| 備 考                                     |   |  |  |

上記により、再生医療等製品の販売業の許可の更新を申請します。

年 月 日

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

住 所 〒

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

氏 名