

薬局製剤製造販売業許可更新申請書

事 項	薬局製剤製造販売業の許可を更新しようとするとき
根拠法令	法 律 第12条、第23条 施行令 第4条、第35条、第74条の4、第80条 施行規則 第23条
提出部数	1部（松本市保健所）
添付書類	薬局製剤製造販売業許可証の原本
手数料	6,500円
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。

薬局製剤製造販売業許可更新申請書

記載例

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	
主たる機能を有する事務所（薬局）の名称		〇〇薬局	
主たる機能を有する事務所（薬局）の所在地		松本市〇〇	
許可の種類		薬局製剤製造販売業許可	
(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		(法人の場合は必ず記載してください) 代表取締役 〇〇 〇〇 取締役 〇〇 〇〇	
総括製造販売責任者 (総括製造販売責任者補佐薬剤師を置く場合にあつては、その者を含む。)	氏名	〇〇 〇〇	資格 薬剤師名簿 登録番号：〇〇〇〇〇〇〇〇 登録年月日：令和〇年〇月〇日
	住所	松本市〇〇	
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務の欠格条項を含む。)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)	拘禁刑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	<input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(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	<input checked="" type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
備考		薬局開設許可番号：〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 薬局開設許可年月日：令和〇年〇月〇日	

許可証を見て記入してください。

上記により、薬局製剤製造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

松本市長

殿

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			
主たる機能を有する事務所（薬局）の名称			
主たる機能を有する事務所（薬局）の所在地			
許可の種類		薬局製剤製造販売業許可	
（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		（法人の場合は必ず記載してください）	
総括製造販売責任者 （総括製造販売責任者補佐薬剤師を置く場合にあつては、その者を含む。）	氏名	資格	薬剤師名簿 登録番号： 登録年月日：
	住所		
申請者に責任を有する役員（法人にあつては、薬事に関する業務の欠格条項を含む。）	(1)	法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	<input 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、取消の日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(3)	拘禁刑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 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 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 type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(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	<input type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
	(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	<input type="checkbox"/> 全員なし <input type="checkbox"/> あり
備考	薬局開設許可番号： 薬局開設許可年月日：		

上記により、薬局製剤製造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

松本市長

殿