様式第八十三（第百四十八条関係）

記入例

配置販売業許可申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 営業の区域 | **埼玉県一円** |
| 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要 | **体制確認シートの通り****（又は、別紙のとおり）** |
| (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 | **○○　太郎、○○花子****（又は、別紙のとおり）** |
| 通常の営業日及び営業時間 | **月～金１０：００～２０：００、土１０：００～１８：００** |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | **○○○－×××－△△△△** |
| に責任を有する役員を含む。）の欠格条項申請者（法人にあつては、薬事に関する業務 | (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 | **（法人の場合）「全員なし」、****（個人の場合）「なし」** |
| (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 | **（法人の場合）「全員なし」、****（個人の場合）「なし」** |
| (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 | **（法人の場合）「全員なし」、****（個人の場合）「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 | **（法人の場合）「全員なし」、****（個人の場合）「なし」** |
| (5) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | **（法人の場合）「全員なし」、****（個人の場合）「なし」** |
| (6) | 精神の機能の障害により配置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 | **（法人の場合）「全員なし」、****（個人の場合）「なし」** |
| (7) | 配置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 | **（法人の場合）「全員なし」、****（個人の場合）「なし」** |
| 備考 | 販売・授与する医薬品区分：□第１類医薬品　☑指定第２類医薬品　　　　　　　　　　　　　☑第２類医薬品　☑第３類医薬品 |

　上記により、配置販売業の許可を申請します。

　　　　年　　月　　日

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

住　所

 **埼玉県〇〇市☓☓一丁目２番地３**

 **〇〇株式会社**

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

氏　名

 **代表取締役　〇〇　〇〇**

（宛先）

埼玉県知事　大野　元裕