様式第八十三（第百四十八条関係）

別紙８

配置販売業許可申請書

20211102改訂

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) | 営業の区域 | | |  | |
| (2) | 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要 | | |  | |
| (3) | (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 | | |  | |
| (4) | 通常の営業日及び営業時間 | | |  | |
| (5) | 相談時及び緊急時の連絡先 | | | TEL:（ ） － 　FAX:（ ） 　－  Mail: | |
| 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 | | (6) | 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 | |  |
| (7) | 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 | |  |
| (8) | 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 | |  |
| (9) | 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 | |  |
| (10) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | |  |
| (11) | 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 | |  |
| (12) | 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 | |  |
| 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）

　　熊本県知事　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 決裁区分 | 課長 | | 文書分類 | 分類記号 | 006-003-002-001 | | | 主題名 | 申請の受付及び審査等に関する文書 | | | | | | | 保存期限 | | 【特定日から】５年 | | |
| 本申請について、許可証を交付してよろしいか。　　　 　　　　　 起案　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 課　長  （所　長） | | 審議員  （次　長） | | 薬事班長  （次　長） | | 監視麻薬班長  （課　長） | 主　幹 | | 起 案 者 | | | | 課　　員 | | | | | 公印承認 | | |
|  | |  | |  | |  |  | |  | | | |  | | | | |  | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | 【文書審査】  様式第89（規則第178条関係）であるため審査不要 | | | | | | | |
|  | | | |  | | |  | | | | | |
| 衛生総合情報システム受付番号 | | | | | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |

□登記事項証明書（法人の場合）　□業務に責任を有する役員を明示した組織図　□診断書（（11）に該当するおそれがある場合）　□従事者一覧表　□使用関係を証する書類　　□医薬品の販売又は授与を行う体制の概要　　□免許証又は登録証等　□一般用医薬品の適正配置のための指針又は業務手順書の写し　□許可日指定願（必要時）　□許可期限変更願（必要時）□その他

**熊本県収入証紙貼付欄（29,200円分）**

**【記入上の注意】**配置販売業許可申請書

１　太線枠以外に記入してください。

２　黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、はっきりと記入してください。

３　配置販売業の許可申請において、熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課へ１部提出してください。

４　記入方法

(注)以下の( )内の番号は、許可申請書の各項目の番号に連動しています。

各記載事項のすべてを欄内に記入することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記入し、必要事項を記入した書類を添付してください。

(２)　 医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要については「医薬品の販売又は授与を行う体制の概要」を用いることができます。

(３)　業務に責任を有する役員の氏名を記入し、業務に責任を有する役員を明示した組織図等を添付すること。

(４)　配置販売業の通常の営業日、営業時間及び週当たりの営業時間を記入してください。

　　　　例）月～金：９時～19時、土：９時～１２時　　週当たり５３時間

(５)　相談時及び緊急時の連絡先とする電話番号、ＦＡＸ及びメールアドレスを記入してください。

(６)から(12)　当該事実がないときは「なし」と記入し、当該事実がある場合は(６)から(７)欄にあってはその理由及び年月日を、(８)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は受けることがなくなった場合はその年月日を、(９)欄についてはその違反の事実及び違反した年月日を、また、(11)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」と記入し、当該申請者に係る精神の機能の障害に係る医師の診断書を添付してください。