

配置販売業許可申請書

営業の区域		大分県一円		
区域管理者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日又 は販売従事登録年月日	
その他の 薬剤師又は 登録販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号		薬剤師名簿登録年月日又 は販売従事登録年月日	
医薬品の販売又は 授与を行う体制の概要		別紙のとおり		
(法人にあっては)薬事に関する業 務に責任を有する役員の氏名				
通常の営業日及び営業時間				
相談時及び緊急時の連絡先				
販売する医薬品の区分		1. 第一類医薬品 2. 指定第二類医薬品 3. 第二類医薬品 4. 第三類医薬品		
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			
	(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			
	(3) 禁固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 がなくなった後、3 年を経過していない者			
	(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			
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者			
	(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			
	(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			
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 (法人にあっては、主  
たる事業所の所在地)  
氏名 (法人にあっては名称  
及び代表者の氏名)

大分県知事

殿