

収入証紙 (29,000円分の)

貼付欄 奈良県収入証紙を貼付)

捨印

法人の場合は、登記された
法人代表者印

様式第八十二

配置販売業許可申請書

営業の区域		奈良県一円			
取り扱おうとする品目	名称	成分及び分量	用法及び用量	効能又は効果	製造販売業者の氏名又は名称
	(別紙のとおり)				
※別紙とは、別記様式9「取り扱おうとする品目表」をさす					
申請者(法人にあっては、その業務を行う役員及び令第五十条に規定するものを含む。)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たこと	当該事実がない時は、「なし(法人は、「全員なし」)」と記載。 当該事実がある場合は、その者についてのみ、氏名と事実を記載し、「他の者はなし」と記載する。			
	2) 禁錮以上の刑に処せられたこと				
	3) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと				
	4) 後見開始の審判を受けていること				
備考	①省略書類【有(下記※のとおり)・無】 (※登記事項証明書・組織規定図・有資格者を証する書類は、平成 年 月、許可番号 に係る 許可申請・変更届 に添付済みのため省略) 添付省略書類の有無及び該当事項を○で囲み、提出年月、許可番号を記載				

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、主たる事務所の所在地)

氏名

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

TEL ()

法人の場合は、登記された
法人代表者印

年 月 日生



奈良県知事

殿

取り扱おうとする品目

申請都道府県名		申請者の氏名			申請者氏名を記載
奈良県					
収載台帳 県名	巻	品目番号	品 目 の 名 称	製造業者の氏名または名称	
<p>奈良県、富山県、滋賀県及び佐賀県の配置家庭薬品目収載台帳に記載された品目</p> <p>ただし、廃止等により経過措置品目とされた品目については、経過措置期限内に市場からなくなるよう、代替品などへのすみやかな切り替え等、適切な措置を行う。</p>					

他の申請・届出の添付書類として業務課に提出済みであって、発行後3ヶ月以内の場合、省略可能です。

診 断 書

氏 名	申請者（法人にあっては業務担当役員）について記載			女
生年月日	年 月 日	年 齢	才	
上記の者について、下記のとおり診断します。				
1. 精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい）				
<input type="checkbox"/> 明らかに該当なし				
<input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要				
（専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載して下さい。（注1））				
法人の業務担当役員については、奈良県内で業務に従事しない場合に限り、法人代表者による誓約書（共通様式6）の提出に代えても結構です。				
2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。				
診断年月日	平成	年	月	日
病院、診療所又は介護老人保健施設等の				
名 称				
所在地				
T e l () (注2)				
医師の氏名			印	

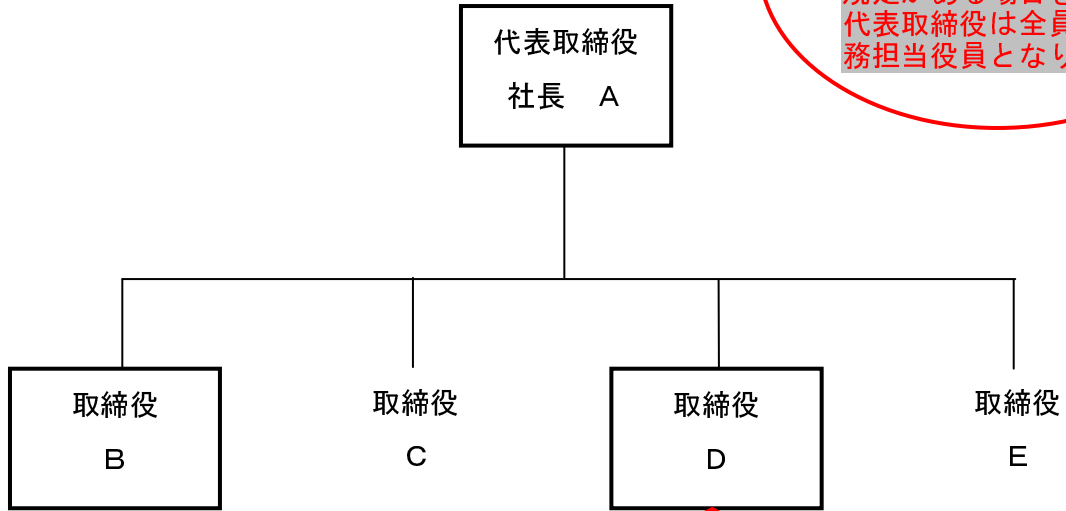
（記載上の注意）

- 1 精神機能の障害の程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。
- 2 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

【共通様式5】

他の申請・届出の添付書類として直近3ヶ月以内に薬務課に提出済みであって、その内容に変更がない場合、省略可能です。

組織規定図



薬事業務を担当する役員を太枠で囲んで下さい。
定款に業務担当役員の規定がある場合を除き、代表取締役は全員が業務担当役員となります。

有資格者は、役員として、必ず登記されていること。

当社の組織規定図は、上記のとおりであり、当該許可に係る業務を行う役員は、

の者であることを証明します。

平成 年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の登記された代表者印を押印して下さい。

法人の名称及び代表者の氏名

印

奈良県知事 殿

(記載上の注意)

- ・ 登記事項証明書に記載されている取締役役員全員を記載し、代表取締役及び当該申請に係る業務を担当する役員については、 でその役職及び氏名を囲み明示すること。
- ・ 登記された法人代表者印を押印すること。

誓約書

奈良県内で業務に従事しない業務役員について、診断書に代えて誓約書を提出する場合のみ使用します。
※有資格者は、必ず診断書を提出すること。

私は、下記の者が薬事法（昭和35年法律第145号）第5条第3号イ～ホに該当しないことを誓約します。

平成 年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の登記された代表者印を押印して下さい。

法人の名称及び代表者の氏名

印

奈良県知事 殿

記

業務役員の住所

業務役員の氏名

組織規定図で を付した業務担当役員について必要事項を記載。但し、奈良県内で業務に従事する役員については、診断書が必要です。

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

住所は定款に記載された内容と整合していること。

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

(記載上の注意)

- 1 当該申請店舗において実地に業務を行う役員については、この誓約書を提出しても無効であり、診断書が必要である。
- 2 登記された法人代表者印を押印すること。