

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)				
申請者(法人にあつては、その業務を行う役員及び法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				
	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)				

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)



年 月 日生

TEL ()

取り扱おうとする品目

申請都道府県名		申請者の氏名		
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>				

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年 齡	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい）</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p style="text-align: center;">（ 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））</p> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。</p>			
診断年月日	平成 年 月 日		
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p style="text-align: center;">T e l () (注2)</p> <p>医師の氏名 印</p>			

（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。

組織規定図

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。

【共通様式6】

誓約書

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

(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)

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。