

配置販売業許可申請書

営業の区域			
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	薬剤師名簿登録何月日 又は販売従事登録年月日	
通常の営業日及び営業時間			
兼営事業の種類			
申請者 (法人にあつては、その業務 を行う役員を含む。)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	

上記により、配置販売業の許可を申請します。

平成 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)

印

北海道知事 様

連絡先： 電話

担当者