

上部余白に所定の金額の北海道
収入証紙を貼り、申請者の印鑑
又は署名で消印

配置販売業許可申請書

営業の区域		北海道一円		
区域 管理 者	氏名	×○ ○○		
	住所	札幌市○○区○○-△-△		
	週当たり勤務時間数	○○時間		
	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	第××○○×△号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	平成××年×月××日
その 他の 薬剤 師 又は 登録 販売 者	氏名	×○ ○○		
	住所	札幌市○○区○○-△-△		
	週当たり勤務時間数	○○時間		
	種別	薬剤師 ・ 登録販		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第○○×××△号	薬剤師名簿登録何月日 又は販売従事登録年月日	平成○○年×月××日
通常の営業日及び営業時間		○○時間		
兼営事業の種類		なし		
申請者 (法人にあっては、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	全員なし		
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし		
	(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	全員なし		
	(4) 後見開始の審判を受けていること	全員なし		
備考				

その他の資格者が2名以上
の場合は「別紙のとおり」
と記載し別紙を添付

化粧品販売業、管理医
療機器販売業等、他の
業務を併せ行うときは
その種類を記載

該当する事実がある
場合は、その内容を
詳細に記載

上記により、配置販売業の許可を申請します。

平成××年××月××日

捨印を押印

捨印

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 札幌市××区○○-△-△
氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 ○○
代表取締役 ○○ ×× 印

法人の場合は、
代表者を押印

北海道知事 様

連絡先： 電話 ○○○-×××-×○×○ 担当者 ○○ ××