

## 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 劑 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
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 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	
	(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