

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 劑 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
	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
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 ( <small>法 人 に あ っ て は 、 そ の 業 務 を 行 う 役 員 を 含 む 。</small> ) 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	全員無し		
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員無し		
	(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	全員無し		
	(4) 後見開始の審判を受けていること	全員無し		
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 ○○ ××

法人の場合は、代表者印を押印

印

北海道知事 様