**様式１（新配置）**

配置販売業許可申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業の区域 | | |  | |
| 医薬品の販売又は授与を  行う体制の概要 | | |  | |
| （法人にあっては）  配置販売業者の業務に  責任を有する役員の氏名 | | |  | |
| 通常の営業日及び営業時間 | | |  | |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | | |  | |
| 申請者（法人にあっては、その業務に責任を有する役員を含む。）の欠格事項 | (1) | 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者 | |  |
| (2) | 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者 | |  |
| (3) | 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者 | |  |
| (4) | 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があった日から2年を経過していない者 | |  |
| (5) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | |  |
| (6) | 精神の機能の障害により配置販売業者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 | |  |
| (7) | 配置販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者 | |  |
| 備考 | | | ＊医薬品の保管場所：  ＊配置従事者数：　　　　　　名  ＊屋号： | |

上記により、配置販売業の許可を申請します。

年　　　月　　　日

住所　（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

**佐賀県知事　　　　　　　　　　　様**

|  |
| --- |
| 申請者のお名前や連絡先などの個人情報については、第三者に提供することはありません。  ただし、関係法令の目的達成のため必要な場合、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。  詳しくは、「佐賀県個人情報保護方針http://www.pref.saga.lg.jp/kiji00319144/index.html」をご覧ください。  お問い合わせは、薬務課製薬・温泉担当（電話番号：0952-25-7483）までお願いします。 |

（注意）

１　用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。

２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。

３　医薬品の販売又は授与を行う体制の概要欄にその記載事項のすべてを記載することができないときは同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。

４　相談時及び緊急時の連絡先欄には、原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。

５　申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、

(1)及び(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)欄にあってはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、（6）欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。