

(既 存) 配 置 販 売 業 許 可 申 請 書

営 業 の 区 域					
取 り 扱 お う 品 目	名 称	成分及び分量	用法及び用量	効能又は効果	製造業者の氏名 又 は 名 称
	別紙のとおり				
申請者（法人にあっては、その業務を行つ役員及び令第五十条に規定する者を含む。）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、(既 存) 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〕

電話番号
担当者名

長崎県知事

殿

診 断 書

氏 名		性 別	男	女
生年月日	年 月 日 生	年 令		
上記の者について、下記のとおり診断します。 1 精神機能 精神機能の障害 ☐ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要 専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に） 2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒 ☐ なし ☐ あり				
診断年月日	年 月 日	詳細については別紙も可		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称			
	所在地	()		
	氏 名			

* 各項目について、該当する欄(□)にチェック(レ)をつけて下さい。

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日 生

上記薬事に関する業務を行う役員については、旧薬事法第 5 条第 3 号二に規定する麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でないこと及び同号ホに規定する精神機能の障害により欠格事由に該当する者ではないことを疎明いたします。

年 月 日

法人の主たる
事務所の所在地

法人の名称

代表者の氏名

配 置 実 務 従 事 証 明 願 書

年 月 日

長 崎 県 薬 務 行 政 室 長 殿

住 所

氏 名

下記事項について
証明願います。証明を必要
とする理由配置販売業許可
申請のため

提出先

配置従事者身分証明書発行証明

(配置従事者)
住 所

氏 名

年	身分証明書番号	有 効 期 間	配 置 販 売 業 者
年	第 号	自 至 1 2 月 3 1 日	
年	第 号	自 至 1 2 月 3 1 日	
年	第 号	自 至 1 2 月 3 1 日	
年	第 号	自 至 1 2 月 3 1 日	
年	第 号	自 至 1 2 月 3 1 日	
年	第 号	自 至 1 2 月 3 1 日	

第 号

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

長 崎 県 薬 務 行 政 室 長

配 置 実 務 従 事 証 明 書

年 月 日

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、配置販売業の実務に従事した者であることを証明します。

実務に従事した配置 販売業	従 事 期 間	雇 用 者 証 明 欄 (雇用者住所・氏名)
	自： 年 月 日 至： 年 月 日	住所 氏名
	自： 年 月 日 至： 年 月 日	住所 氏名
	自： 年 月 日 至： 年 月 日	住所 氏名

配置販売業取扱い品目表（一括指定）

			申請者氏名	
名 称	成分及び分量	用法及び用量	効能又は効果	
富山県、滋賀県、奈良県、岡山県、佐賀県及び熊本県 以上 6 県の配置家庭薬品目収載台帳のとおり。 ただし、昭和 3 6 年 2 月 1 日付厚生省告示第 1 6 号「配置販売品目指定基準」の範囲外の品目を除く。				

配置販売業取扱い品目表

[illegible]

配置販売業取扱い品目表

承認番号及び年月日	名 称	成分及び分量	用法及び用量	効能又は効果	製造者の氏名又は名称	その他参考事項