

手数料（1品目あたり90円、計\_\_\_\_\_円）

※記入はしないでください。＜保健所担当者確認・記入欄＞

納付書による納入（納付書番号：\_\_\_\_\_ 納入済証確認： / 確認者：\_\_\_\_\_）

キャッシュレス決済 ・クレジットカード ・電子マネー ・スマートフォン決済

（銘柄：\_\_\_\_\_ 伝票番号：\_\_\_\_\_ 決済確認日： / 決済処理者：\_\_\_\_\_）

様式第二十二（第三十八条関係）

## 薬局製剤製造販売承認申請書

名称	一般的名称			
	販売名			
成分及び分量又は本質		薬局製剤指針による		
製造方法		薬局製剤指針による		
用法及び用量		薬局製剤指針による		
効能又は効果		薬局製剤指針による		
貯蔵方法及び有効期間		薬局製剤指針による		
規格及び試験方法		薬局製剤指針による		
製造販売する品目の製造所	名称	所在地	許可区分	許可番号
		神戸市 区	第25条第1項第4号 (薬局製剤)	神保第 号
原薬の製造所	名称	所在地	許可区分	許可番号
	省略	省略	省略	省略
備考	薬局開設許可 神保第 号 年 月 日			
	ふりがな 申請担当者 TEL ( ) -			

上記により、薬局製剤製造販売の承認を申請します。

年 月 日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  
〒 \_\_\_\_\_

（ふりがな）  
氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名）

TEL ( ) -

神戸市保健所長 あて

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 この申請書は、正副 2 通提出すること。
- 3 字は、墨、インク等を用い、楷(かい)書ではつきりと書くこと。
- 4 収入証紙は、申請書の正本にのみ貼り、消印をしないこと。
- 5～10 略
- 11 薬局開設者にあつては、備考欄にその薬局の名称、許可番号及び許可年月日を記載すること。
- 12 略