

手数料 (5,600 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: \_\_\_\_\_)

様式第十四 (第三十条関係)

## 薬局製剤製造業 許可更新申請書

許可番号及び年月日	神保第 号 令和 年 月 日		
ふりがな			
薬局の名称			
薬局の所在地	〒 - 区 神戸市 TEL ( ) -		
許可の区分	第25条第1項第4号 (薬局製剤の製造)		
製造所の構造設備の概要	従前のおり		
(法人にあっては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名			
管理者又は責任技術者	(ふりがな)	資格	年 月 日
	氏名	(薬剤師免許)	第 号
	住所	〒 -	
申請者 (法人にあっては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。) 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、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)	拘禁刑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製造業者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	
	(7)	製造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	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、薬局製剤製造販売業の許可の更新を申請します。

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、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長に提出する場合にあつては正本 1 通提出すること。
- 3 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 4 収入証紙は、提出する申請書の正本にのみ貼り、消印をしないこと。
- 5 略
- 6 製造所の構造設備の概要欄にその記載事項の全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。
- 7 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)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、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つた場合はその年月日を、(4)欄にあつ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。
- 8 申請者が他の区分の製造業の許可を取得している場合には、備考欄に当該許可の区分及び許可番号を記載すること。