（様式第八十二）

配置販売業許可申請書

（一括指定を受ける場合）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業の区域 | | | 福岡県一円 | | | |
| とする品目  取り扱おう | 名　　　　　　称 | | 成分及び  分　量 | 用法及び  用　量 | 効能又は  効　果 | 製造販売業者の  氏名又は名称 |
| 別　紙　の　と　お　り | | | | | |
| の欠格条項  役員及び法第五条に規定する者を含む。）  申請者（法人にあたってはその業務を行う | (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) | 法第75条の2第1項  の規定により登録を  取り消されたこと |  | | | |
| (3) | 拘禁刑以上の刑に処せられたこと |  | | | |
| (4) | 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 |  | | | |
| 備　　　　考 | | | 区域管理者  　氏名  　住所  　種別　薬剤師・配置員  　　（　　年　　月　　日・第　　　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）

　　　　　　　　　　　　　　　TEL　(　　　)　　　－

　福岡県知事　殿

取　扱　品　目　表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | |
| 品目の名称 | 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 |
| ○ ○　県 配置家庭薬品目収載台帳のとおり  　 ○ ○　県 配置家庭薬品目収載台帳のとおり  　　○ ○　県 配置家庭薬品目収載台帳のとおり  　○ ○　府 配置家庭薬品目収載台帳のとおり  ○ ○ 県 配置家庭薬品目収載台帳のとおり  ○ ○　県 配置家庭薬品目収載台帳のとおり | | | | |
|

（様式第八十二）

配置販売業許可申請書

（一括指定を受けない場合）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業の区域 | | | 福岡県一円 | | | |
| とする品目  取り扱おう | 名　　　　　　称 | | 成分及び  分　量 | 用法及び  用　量 | 効能又は  効　果 | 製造販売業者の  氏名又は名称 |
| 別　紙　の　と　お　り | | | | | |
| の欠格条項  役員及び法第五条に規定する者を含む。）  申請者（法人にあたってはその業務を行う | (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) | 法第75条の2第1項  の規定により登録を  取り消されたこと |  | | | |
| (3) | 拘禁刑以上の刑に処せられたこと |  | | | |
| (4) | 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 |  | | | |
| 備　　　　考 | | | 区域管理者  　氏名  　住所  　種別　薬剤師・配置員  　　（　　年　　月　　日・第　　　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）

　　　　　　　　　　　　　　　TEL　(　　　)　　　－

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　取　扱　品　目　表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | |
| 品目の名称 | 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 |
| ○○かぜ薬 | 本品○錠中  ｱｾﾄｱﾐﾉﾌｪﾝ  　○㎎  ｴﾃﾝｻﾐﾄﾞ  　○㎎  ﾘﾝ酸ｼﾞﾋﾄﾞﾛｺﾃﾞｲﾝ  　○㎎ | １５才以上  １回２ｶﾌﾟｾﾙ  ８才以上  １５才未満  １回１ｶﾌﾟｾﾙ  １日３回食後なるべく３０分以内に服用 | かぜの諸症状  （鼻水、鼻づまり、くしゃみ、のどの痛み、せき、たん、悪寒、発熱、頭痛、関節の痛み、筋肉の痛み）の緩和 | 福岡製薬工業（株） |
|  |  |  |  |  |
|