（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） |
|  |  |  |  |  |
|