

愛知県収入証紙をここへ貼ってください。
(消印はしないこと。)

配置販売業許可申請書

営業の区域		愛知県一円		
区域管理者	氏名	愛知 五郎		
	住所	◇◇市◇◇町◎◎ 1－3		
	週当たり勤務時間数	40時間		
	種別	薬剤師・登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第23－〇〇－ 〇〇〇〇〇号	薬剤師名簿登録 年月日又は販売 従事登録年月日	昭和 平成 21年〇〇月〇〇日
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名	県庁 花子		
	住所	◇◇市◇◇町◎◎ 2－45		
	週当たり勤務時間数	36時間		
	種別	薬剤師・登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第23－〇〇－ 〇〇〇〇〇号	薬剤師名簿登録 年月日又は販売 従事登録年月日	昭和 平成 21年〇〇月〇〇日
通常の営業日及び営業時間		月曜日～金曜日 10:00～17:30		
兼営事業の種類		なし		
申請者（法人にあっては その業務を行う役員を含む） 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たこと	なし	
	(2)	禁錮以上の刑に処せられたこと	なし	
	(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	なし	
	(4)	後見開始の審判を受けていること	なし	
備考		電話 (〇〇〇〇) 〇〇－〇〇〇〇		

上記により、配置販売業の許可を申請します。

平成 △△年□□月〇〇日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

〇〇市△△町◇丁目×番地

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

愛知 五郎 (印)

大正
昭和 〇〇年 〇月 〇 日
平成

愛知県知事

殿

生
設立