

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			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	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 号	薬剤師名簿登録 年月日又は販売 従事登録年月日	昭和 年 月 日 平成
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	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 号	薬剤師名簿登録 年月日又は販売 従事登録年月日	昭和 年 月 日 平成
通常の営業日及び営業時間				
兼営事業の種類				
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		
	(2)	禁錮以上の刑に処せられたこと		
	(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		
	(4)	後見開始の審判を受けていること		
備考		電話（ ） —		

上記により、配置販売業の許可を申請します。

平成 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）

愛知県知事

殿

大正
昭和 年 月 日 生
平成 設立

