

※ウェブ事前登録方式コンビニ決済を利用した場合	
申請用番号	SG — —
納付者氏名	
支払日	年 月 日

再生医療等製品販売業許可申請書

フ リ ガ ナ 営 業 所 の 名 称			
営 業 所 の 所 在 地		〒	
		TEL: () FAX: () e-mail: @	
営業所の構造設備の概要			
(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	氏 名		資格
	住 所		
兼 営 事 業 の 種 類			
格 条 項 の 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	(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、その違反行為があつた日から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再生医療等製品販売業者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	
	(7)	再生医療等製品販売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	管理者の資格： ・薬機法施行規則第196条の4第1項第1号に該当 ・薬機法施行規則第196条の4第1項第2号に該当 ・薬機法施行規則第196条の4第1項第3号に該当 ・薬機法施行規則第196条の4第1項第4号の場合、次に該当 ｲ) 医・歯・薬・獣 ロ) 総括製造販売責任者 ﾊ) 製造業責任技術者		

上記により、再生医療等製品の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、名称および代表者の氏名）

(あて先)
滋賀県知事

担当者名：
連絡先：

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 営業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。
- 4 管理者の資格欄には、法第40条の6の規定により再生医療等製品の販売を実地に管理する者が第196条の4各号のいずれに該当するかを記載すること。
- 5 兼営事業の種類欄には、当該営業所において再生医療等製品の販売業以外の業務を併せて行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。
- 6 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っ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。