

様式第九（第十九条、第百十四条の二、第三百三十七条の二関係）

体外診断用医薬品 製造販売業 許可申請書

主たる機能を有する事務所の名称		都庁ファーマ株式会社	
主たる機能を有する事務所の所在地		東京都新宿区西新宿2-8-1 都庁ビル	
許可の種類		体外診断用医薬品製造販売業	
(法人にあつては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名		健康 太郎	
総括製造販売責任者 (総括製造販売責任者補佐 薬剤師を置く場合にあつて は、その者を含む。)	氏名	東京 花子	薬剤師 第〇〇〇〇〇〇号 平成元年5月15日
	住所	東京都多摩市永山2-1-5	
申請者(法人にあつては、 薬事に関する業務 に責任を有する役員を含む。) 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、取消 しの日から3年を経過していない者	なし	
	(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	なし	
	(3) 禁錮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つた後、3年を経過してい ない者	なし	
	(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	なし	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし	
	(6) 精神の機能の障害により製造販売業者の業務を適正に 行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に 行うことができない者	なし	
	(7) 製造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	なし	
備考			

許可を取得し
ようとする事
務所名称およ
び所在地。登
記と一致する
必要はありま
せん。所在地
にはビル名が
あればビル名
も記載してく
ださい。

責任役員が
1名であれ
ば「なし」
複数名であ
れば「全員な
し」

上記により、体外診断用医薬品の製造販売業の許可を申請します。

令和 年 月 日

法人の場合は登記上の本店住所、商号およ
び代表者名(氏名)を登記事項証明書のと
おりに記載してください。

住所 東京都新宿区百人町三丁目24番1号

氏名 都庁ファーマ株式会社
代表取締役 健康 太郎

東京都知事 ○○ ○○ 殿

申請日時点での東京都知事名

提出書類についての
問い合わせ先

担当者：薬事部 東京 一
連絡先：03-XXXX-XXXX
業者コード：012345-001

事業所に割り当てられたコード
(法人としてのコード(-000)では
ありません。)