

様式第十二（第二十六条、第百三十七条の九関係）

医 薬 品 製造業 許可申請書
医 薬 部 外 品
 化 粧 品
 再生医療等製品

賃貸ビルの場合はビル名まで記載してください。
 「三丁目 24 番 1 号」を「3-24-1」と記載することも可能です

製 造 所 の 名 称		株式会社東京薬事		
製 造 所 の 所 在 地		東京都新宿区百人町三丁目 2 4 番 1 号 本館		
許 可 の 区 分		医薬品医療機器等法施行規則 第25条第2項第3号（包装・表示・保管）		
製 造 所 の 構 造 設 備 の 概 要		別紙のとおり		
（ 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		東京都 太郎 東京都 花子		
管 理 者 又 は 責 任 技 術 者	氏 名	都庁 一郎	資格	医薬品医療機器等法 施行規則第91条第1項第2号
	住 所	東京都新宿区西新宿二丁目 8-1		
務 申 請 者（法人にあつては、 薬事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、取消の日 から3年を経過していない者	全員なし		
	(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	全員なし		
	(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 けることがなくなった後、3年を経過し	全員なし		
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び 事に関する法令で政令で定めるもの又は 違反し、その違反行為があつた日から2 者	役員が1人の場合は「なし」と記載 してください。 2人以上の場合は「全員なし」と記 載してください。		
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし		
	(6) 精神の機能の障害により製造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	全員なし		
	(7) 製造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	全員なし		
備 考				

上記により、
 医 薬 品
医 薬 部 外 品
 化 粧 品
 再生医療等製品
 の製造業の許可を申請します。

令和3年 8月 1日

登記事項証明書どおり記載してください。
 「三丁目24番1号」を「3-24-1」と記載する
 ことも可能です。

住 所 東京都新宿区百人町三丁目 2 4 番 1 号
 氏 名 株式会社東京薬事
 代表取締役 東京都 太郎

東京都知事 殿

担当者、連絡先と業者コードを記載してください。

担当者：東京都 花子
 連絡先：電話：03-5937-1029 FAX：03-5937-1043
 業者コード：999999-000
 999999-001