

(様式第3号)

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に基づく許可に関する  
情報提供資料請求書

年 月 日

(宛先) 岡崎市保健所長

(請求者) 住 所

ふりがな

氏 名

[ 法人にあっては、名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名 ]

電話番号

次のとおり資料の情報提供を請求します。

希望する資料の内容	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 開設者の主たる事務所の所在地 (法人に限る。) <input type="checkbox"/> 開設者氏名 (法人にあっては、名称) <input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 薬局の電話番号 <input type="checkbox"/> 許可番号 <input type="checkbox"/> 許可年月日 (当初) <input type="checkbox"/> 許可の有効期間 <input type="checkbox"/> 営業時間 <input type="checkbox"/> 薬局の管理者の氏名 <input type="checkbox"/> 薬局に勤務する薬剤師・登録販売者の氏名及び薬剤師・登録販売者の別
	<input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造販売業及び製造業 <input type="checkbox"/> 薬局開設者の主たる事務所の所在地 (法人に限る。) <input type="checkbox"/> 薬局開設者氏名 (法人にあっては、名称) <input type="checkbox"/> 薬局の名称 <input type="checkbox"/> 薬局の所在地 <input type="checkbox"/> 薬局の電話番号 <input type="checkbox"/> 許可番号 <input type="checkbox"/> 許可年月日 (当初) <input type="checkbox"/> 許可の有効期間
	<input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 営業者の主たる事務所の所在地 (法人に限る。) <input type="checkbox"/> 営業者氏名 (法人にあっては、名称) <input type="checkbox"/> 店舗の名称 <input type="checkbox"/> 店舗の所在地 <input type="checkbox"/> 店舗の電話番号 <input type="checkbox"/> 許可番号 <input type="checkbox"/> 許可年月日 (当初) <input type="checkbox"/> 許可の有効期間 <input type="checkbox"/> 営業時間 <input type="checkbox"/> 店舗の管理者の氏名 <input type="checkbox"/> 店舗に勤務する薬剤師・登録販売者の氏名及び薬剤師・登録販売者の別 <input type="checkbox"/> 取扱品目 (全ての要指導医薬品及び一般用医薬品・全ての一般用医薬品・第2類及び第3類の一般用医薬品の別)
	<input type="checkbox"/> 高度管理医療機器又は特定保守管理医療機器の販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 営業者の主たる事務所の所在地 (法人に限る。) <input type="checkbox"/> 営業者氏名 (法人にあっては、名称) <input type="checkbox"/> 営業所の名称 <input type="checkbox"/> 営業所の所在地 <input type="checkbox"/> 営業所の電話番号 <input type="checkbox"/> 許可番号 <input type="checkbox"/> 許可年月日 (当初) <input type="checkbox"/> 許可の有効期間 <input type="checkbox"/> 許可の種類 (販売業・貸与業の別)
時期	<input type="checkbox"/> 請求日現在 <input type="checkbox"/> 年 月 日～ 年 月 日を有効期間 (始) とする初回許可を受けた施設 <input type="checkbox"/> 年 月 日～ 年 月 日に廃止した施設 (直近1年間に限る。) <input type="checkbox"/> その他 ( )
提供方法	<input type="checkbox"/> E-mailによる電子データ送付 (メールアドレス ) <input type="checkbox"/> 写しの交付 方法: <input type="checkbox"/> 窓口受領 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> FAX (番号 ) 媒体: <input type="checkbox"/> 紙 <input type="checkbox"/> CD-ROM <input type="checkbox"/> FD <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 閲覧 <input type="checkbox"/> その他 ( )
連絡先	担当者氏名  電話番号

注 希望する内容の□欄に、✓を記入してください。