

卸売販売業許可申請書

営業所の名称		〇〇薬品株式会社 高知営業所		
営業所の所在地		〒780-0000 高知市丸ノ内1丁目〇-〇		
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり		
医薬品の保管設備の面積		150 m <sup>2</sup>		
医薬品の取扱品目		450 品目		
(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		高知太郎、桂浜花子		
営業所 管理者	氏名	栈橋次郎		
	住所	高知市〇〇1-2-3		
	資格	薬剤師 登録番号：〇〇〇〇〇号 登録年月日：昭和〇年〇月〇日		
兼 相談	原則、電話番号を記載。 必要に応じてメールアドレスも記載。	再生医療等製品販売業 088-×××-××××		
申請者 (法人にあつては、 薬事 に責任を有する役員を含む。)	(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、取消の日から3年を経過していない者	全員なし	
	(3)	拘禁刑以上の刑に処せられることがなく、 法人の場合は(1)~(7)まで当該事実がない場合は「全員なし」と記載。	は執行を受 者 による外業事 に処分を違 ていない者	全員なし
	(4)	法、麻薬及び向精神薬に関する法令で罰則を規定し、その違反行為を犯していない者 個人の場合は(1)~(7)まで当該事実がない場合は「なし」と記載。		全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者		全員なし
業務 項目		添付書類を提出している場合は省略可能。 その内容を記載。	販売業者の業務を適正に行うに 意思疎通を適切に行うことがで	全員なし
	(7)	卸売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		全員なし
備 考	履歴事項全部証明書については、〇年〇月〇日付けで〇〇保健所に、〇〇薬品株式会社四万十営業所の変更届とともに提出済みですので省略します。			

上記により、卸売販売業の  
〇〇年〇〇月〇〇日

個人の場合：現住所、個人名を記載。  
法人の場合：登記された本社の所在地、登記された商号及び代表取締役名を記載。

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒780-0000  
高知県高知市丸ノ内1-2-〇  
氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 有限会社 県庁調剤薬局  
代表取締役 高知 太郎

高知県知事 殿

(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、楷書ではつきりと書くこと。
- 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 医薬品の取扱品目欄には、全般的に取り扱う場合は推定による販売品目数を、特定品目群のみを取り扱う場合はその特定品目群の名称及び推定による販売品目数を記載すること。
- 5 営業所管理者の資格欄には、薬剤師であるときはその者の薬剤師名簿の登録番号及び登録年月日を、薬剤師以外の者であるときはその者が第154条各号のいずれに該当するかを記載すること。
- 6 兼営事業の種類欄には、当該営業所において他の業務を併せ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。
- 7 相談時及び緊急時の連絡先欄には、原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。
- 8 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つ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。