

記入例

卸売販売業許可申請書

(宛先) 広島市保健所長

〒730-8586 電話082-245-2111

住所 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号

氏名 株式会社〇〇〇 代表取締役 廣島 太郎

主たる事務所とは、登記事項証明書に記載された本店→ (法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、卸売販売業の許可を申請します。

営業所の名称	株式会社〇〇〇 広島営業所		
営業所の所在地	〒730-0043 (電話) 082-241-7408 (FAX) 082-241-2567 (e-mail) 〇〇〇@△△.XX.jp 広島市中区富士見町11番27号 1階 ←ビルの階も記入		
営業所の構造設備の概要	鉄筋5階建て ←ビルの構造を記入		
医薬品の保管設備の面積	40㎡ ←倉庫等の床面積を記入		
医薬品の取扱品目 (該当する項目に☑してください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 全ての医療用医薬品、要指導医薬品及び一般用医薬品 (10 品目) <input type="checkbox"/> 第2類医薬品及び第3類医薬品のみ (品目) <input type="checkbox"/> 指定卸売医療用ガス類のみ (品目) <input type="checkbox"/> 指定卸売歯科用医薬品のみ (品目) <input type="checkbox"/> 指定卸売医療用ガス類及び指定卸売歯科用医薬品のみ (品目)		
(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名	〇〇 〇〇、△△ △△、□□ □□		
管営 氏 名	環境 衛	住所	〒730-9999 広島市〇区〇〇町〇〇番〇〇号
理業 資 格 (該当する項目に☑してください。)	<input checked="" type="checkbox"/> 薬 剤 師 (登録番号 第〇〇〇〇〇号 登録年月日 〇〇年××月××日) <input type="checkbox"/> 登録販売者 (登録番号 第 号 登録年月日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 厚生労働省令で定めるもの 指定卸売医療用ガス類 省令第154条第1号 <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ 指定卸売歯科用医薬品 省令第154条第2号 <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> ハ <input type="checkbox"/> ニ		
兼 営 事 業 の 種 類	なし		
相談時・緊急時の電話番号その他連絡先	〇〇〇〇 ←電話番号を記入 (担当:管理者 ●●)		
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 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	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	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を違反し、その違反行為があった日から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卸売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	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	なし	
備 考 (該当する項目に☑してください。)	構造設備規則第3条第1項第3号ただし書の適用 <input checked="" type="checkbox"/> 要 (サンプル卸) 冷暗貯蔵が必要な医薬品の取扱い <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 毒薬の取扱い <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無		
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等	〇〇〇〇課 環境 衛 (電話) 〇〇〇〇		

該当しなければ「なし」と記入

※軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	調査年月日	施設基準等	審査者	許可年月日	許可番号
		適 ・ 否			第 号
	(受付)	(伺い)			
	係	専門員	係	係長	課長
					照合
					公印
					施行

(注意)

- 1 営業所の構造設備の概要欄にその記載事項のすべ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、別紙を添付してください。
- 2 医薬品の取扱品目欄には、該当項目にし、推定による販売品目数を記載してください。
- 3 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、それ以外の者であるときはその者が第154条各号のいずれか該当する項目をしてください。
- 4 兼営事業の種類欄には、当該営業所において他の業種を併せ行うときはその業種の種類を記載し、ないときは「なし」と記載してください。
- 5 相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先欄には、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してください。
- 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してください。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してください。
- 7 薬局等構造設備規則第3条第3項ただし書の適用を受けようとする場合は、備考欄の要にし、小規模卸、サンプル卸、特定品目卸の別を記載してください。
- 8 冷暗貯蔵が必要な医薬品及び毒薬の取扱いの有無について、してください。