

動物用医薬品配置従事届出書

年 月 日

大阪府知事 様

住 所

氏 名

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第32条の規定により、動物用医薬品の配置販売に従事したいので、下記のとおり届け出ます。

記

1 配置販売業者の氏名又は名称及び住所

2 配置販売業の許可番号及び許可年月日

3 配置販売に従事しようとする区域、その期間及び当該期間内の連絡先

期 間	区 域	連 絡 先
年 月 日から 年 月 日まで		住 所 電話番号
年 月 日から 年 月 日まで		住 所 電話番号
年 月 日から 年 月 日まで		住 所 電話番号

動物用医薬品配置従事届出書

令和△年 ○月 ○日

大阪府知事 様

自宅住所に関わらず販売業許可
を取得した自治体に提出する

住 所 **大阪市北区○○(※自宅住所)**

氏 名 **○○ ○○(※必ず個人名)**

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第32条の規定により、動物用医薬品の配置販売に従事したいので、下記のとおり届け出ます。

記

1 配置販売業者の氏名又は名称及び住所

**大阪府中央区大手前2丁目 大阪府庁21階
○○株式会社 代表取締役 大阪 太郎**

身分証の有効期間は発
効日からその翌年の12
月31日まで(最長2年)

2 配置販売業の許可番号及び許可年月日

平成○○年○○月○○日 H-○○

3 配置販売に従事しようとする区域、その期間及び当該期間内の連絡先

期 間	区 域	連 絡 先
令和1年5月 日から 令和1年12月31日まで	大阪府一円	住 所 大阪府中央区○○ 電話番号 06-○○○○-○○○○
令和2年1月1日から 令和2年12月31日まで	大阪府一円	住 所 大阪府中央区○○ 電話番号 06-○○○○-○○○○
年 月 日から 年 月 日まで		住 所 電話番号

所属事務所について記入

「動物用医薬品配置従事者身分証明書交付申請」を併せて実施してください。