



動薬卸売許可手数料(新規)

## 動物用医薬品卸売販売業許可申請書

年 月 日

大阪府知事 殿

住 所 〒

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者名)

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34条第1項の規定により動物用医薬品卸売販売業の許可を受けたいので、下記により申請します。

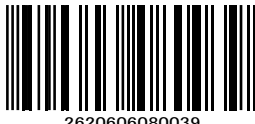
記

- 1 営業所の名称及び所在地  
名 称  
所在地 〒
- 2 営業所の構造設備の概要  
別紙のとおり
- 3 医薬品営業所管理者の氏名、種別及び住所  
氏 名 種 別  
住 所 〒
- 4 医薬品営業所管理者以外の薬剤師又は登録販売者であつて薬事に関する実務に従事する者の氏名及び種別  
氏 名 種 別
- 5 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
- 6 営業所において卸売販売業以外の医薬品の販売業その他の業務を併せ行う場合にあつては、当該業務の種類
- 7 申請者（申請者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。）が法第5条第3号イからトまでに該当することの有無
- 8 参考事項

連絡先電話番号（営業所・その他）

備 考

- 1 営業所の構造設備の概要を説明する図面を添付すること。
- 2 医薬品営業所管理者の種別は、薬剤師又は登録販売者の別を記載すること。
- 3 申請者が薬剤師又は登録販売者であつて自ら業務を管理する場合にあつては、記の3にその旨を記載すること。
- 4 記の7には、該当しない場合は「該当しない」と記載し、該当する場合には、該当する事案の概要を記載すること。
- 5 冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合にあつては、その旨を記の8に記載すること。



2620606080039

動薬卸売許可手数料(新規)

## 動物用医薬品卸売販売業許可申請書

記入例

令和〇年〇月〇日

大阪府知事 殿

法人の場合は  
本社所在地住所 〒540-8570 大阪市中央区大手  
前2丁目

大阪府庁 23階

氏名 ○〇株式会社

代表取締役 大阪 太郎

(法人にあつては、名称及び代表者名)

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34条第1項の規定により動物用医薬品卸売販売業の許可を受けたいので、下記により申請します。

記

雑居ビルの場合は、ビル名・階数も記入

1 営業所の名称及び所在地

名称 ○〇株式会社 大阪支店

所在地 〒559-8555 大阪市住之江区南港北1丁目14-16 咲洲ビル5階

2 営業所の構造設備の概要

別紙のとおり

事務所・倉庫・店舗の寸法・面積

動物用医薬品の陳列場所、店舗付近の地図

3 医薬品営業所管理者の氏名、種別及び住所

氏名 大阪 花子

種別 薬剤師(又は 登録販売者)

住所 〒XXX-XXXX 大阪市北区〇〇〇〇

4 医薬品営業所管理者以外の薬剤師又は登録販売者であつて薬事に関する実務に従事する者の氏名及び種別

氏名 咲洲 次郎

種別 薬剤師(又は 登録販売者)

全員を記載

5 法人にあつては、卸売販売業者の業務を行う役員の氏名

代表取締役：大阪 太郎、大阪 一郎、薬事担当役員：咲洲 花子

全員を記載

6 営業所において卸売販売業以外の医薬品の販売業その他の業務を併せ行う場合にあつては、当該業務の種類

※人用・動物用の医薬品販売業許可や医療機器販売・貸与等が他にある場合

7 申請者(申請者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)が法第5条第3号イからトまでに該当することの有無

全員該当なし

8 参考事項

※冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合は、その旨を記載

連絡先電話番号 (営業所・その他)

〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 担当者名 咲洲 太郎

備考

- 1 営業所の構造設備の概要を説明する図面を添付すること。
- 2 医薬品営業所管理者の種別は、薬剤師又は登録販売者の別を記載すること。
- 3 申請者が薬剤師又は登録販売者であつて自ら業務を管理する場合にあつては、記の3にその旨を記載すること。
- 4 記の7には、該当しない場合は「該当しない」と記載し、該当する場合には、該当する事案の概要を記載すること。
- 5 冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合にあつては、その旨を記の8に記載すること。