

様式第八十六（第百五十三条関係）

卸売販売業許可申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業所の名称 | | | | |  | |
| 営業所の所在地 | | | | |  | |
| 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 | | | | |  | |
| 医薬品の取扱品目 | | | | |  | |
| （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 | | | | |  | |
| 営業所  管理者 | | | 氏名 | |  | |
| 住所 | |  | |
| 資格 | | □薬剤師（登録番号：第　　　　　　号、登録年月日：　　　　年　　　月　　　日）  □医薬品医療機器等法施行規則第154条に該当する者  □イ）大学、工業高校等で薬学または化学に関する専門の課程を修了等  □ロ）高校卒業後、実務経験３年  □ハ）実務経験５年  □ニ）イ～ハと同等以上の知識経験を有する者 | |
| 兼営事業の種類 | | | | | □医薬部外品･化粧品の販売  □管理医療機器販売業・貸与業（特定管理医療機器　有・無）  □高度管理医療機器等販売業・貸与業　　　　□毒物劇物販売業 | |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | | | | |  | |
| 申請者（法人にあつては、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、取消しの日から３年を経過していない者 | | | |  |
| (2) | 法第75条の２第１項の規定により登録を取り消され、取消しの日から３年を経過していない者 | | | |  |
| (3) | 拘禁刑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つた後、３年を経過していない者 | | | |  |
| (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に違反し、その違反行為があつた日から２年を経過していない者 | | | |  |
| (5) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | | | |  |
| (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つて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 | | | |  |
| (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 | | | |  |
| 備考 | | | | **●（取扱品目）①全ての医薬品、②２類３類のみ、③ガス、④歯科、⑤ガス・歯科**  **●(形態)** □**一般卸**□**小規模卸**□**特定品目卸**□**特定品目（体外診）卸**□**サンプル卸**  **●医薬品営業所管理者の前職：**  ●次の書類を下記の　申請書　／　届出に添付済みのため省略します。 □登記事項証明書　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 名称：　　　　　　　　　　許可番号：　　　　　　　　　 提出年月日：  **●**□冷暗保存の医薬品は取り扱わない。　□毒薬は取り扱わない。 | | |

上記により、卸売販売業の許可を申請します。

　　　　　年　　月　　日

住　所法人にあっては、主たる事業所の所在地

氏　名法人にあっては名称及び代表者の氏名

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：

大阪府知事　殿

**卸売販売業許可申請書**（記載時の留意点）

①　営業所の所在地

◆　住居表示のとおり記載するとともに、ビル、市場内等の場合には「〇〇ビル〇階〇号室」等詳しく記載してください。

②　営業所の構造設備の概要

◆　「別紙のとおり」と記載し、営業所の平面図を添付してください。分置倉庫（営業所所在地以外にある医薬

品保管設備）がある場合は、分置倉庫の図面も添付してください。

③　医薬品の保管設備の面積

◆　倉庫又は医薬品の保管設備の面積を記載してください。

④　医薬品の取扱品目

◆　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記載してください。

⑤（法人の場合にあっては）薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名

◆　薬事に関する業務に責任を有する役員が複数名いる場合は、当該役員全員の氏名を記載してください。

◆　代表取締役（代表執行役）は全ての業務の決定権があるため、全員が薬事に関する業務に責任を有する役員となります。

⑥　医薬品営業所管理者の資格

◆　医薬品営業所管理者の資格欄には、薬剤師であるときは「薬剤師」に印（☑）をつけ、その者の薬剤師名簿の登録番号及び登録年月日を記載してください。

◆　薬剤師以外の者であるときは「医薬品医療機器等法施行規則第154条に該当する者」に印（☑）をつけ、イ～ニの該当項目に印（☑）をつけてください。

⑦　兼営事業の種類

◆　兼営事業について、該当する箇所を○で囲んでください。

⑧　相談時及び緊急時の連絡先

◆　緊急時に連絡が取れる電話番号・メールアドレス等を記載してください。

⑨　申請者の欠格条項

◆　(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときには「なし」（申請者が法人の場合で役員が複数名いる場合

は「全員なし」）と記載してください。当該事実があるときは(1)(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日およ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)欄にあってはその違反の事実および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がいに係る医師の診断書を添付してください。

⑩　備考欄

◆　（取扱品目）①全ての医薬品、②２類３類のみ、③ガス、④歯科、⑤ガス・歯科に○をつけてください。

◆　（形態）一般卸、小規模卸、特定品目卸、特定品目（体外診）卸、サンプル卸の場合は、該当する箇所に印（☑）をつけてください。

◆　医薬品営業所管理者の直近の前職を記載してください。

◆　省略する添付書類に印（☑）をつけてください。また、該当書類を添付した薬局等の名称、許可番号、提出年月日等を記載してください。

◆　冷暗所保存の医薬品を取り扱わない場合は、「冷暗所保存の医薬品は取り扱わない」に印（☑）をつけて

ください。（この場合、医薬品倉庫に冷暗所を備える必要ありません。）

◆　毒薬を取り扱わない場合は、「毒薬は取り扱わない」に印（☑）をつけてください。（この場合、医薬品倉庫

に毒薬保管庫を備える必要ありません。）

◆　分置倉庫がある場合、所在地を記載ください。

⑪　申請年月日

◆　申請書を提出する日付を記載してください。

⑫　申請者の住所、氏名

◆　個人の場合は現住所、法人の場合には登記された本社の所在地を記載してください。

◆　個人の場合は、個人名を記載し法人の場合には登記された商号及び代表者名を記載してください。

⑬　連絡先

◆　担当者名及び電話番号を記載してください。

**卸売販売業許可申請書**（記載例）

卸売販売業許可申請書

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業所の名称 | | | | | **株式会社　〇〇　大阪支店** | |
| 営業所の所在地 | | | | | **〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番○号　〇〇ビル〇階○号室** | |
| 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 | | | | | **３０ｍ２** | |
| 医薬品の取扱品目 | | | | | **特定卸売医療ガス　　　３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 | | | | | **〇〇　〇〇、△△　△△** | |
| 営業所  管理者 | | | 氏名 | | **〇〇　〇〇** | |
| 住所 | | **〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番○号** | |
| 資格 | | ☑薬剤師 （登録番号:第**00000**号、登録年月日**:令和○**年**○**月**○**日）  □医薬品医療機器等法施行規則第154条に該当する者  □イ）大学、工業高校等で薬学または化学に関する専門の課程を修了等  □ロ）高校卒業後、実務経験３年  □ハ）実務経験５年  □ニ）イ～ハと同等以上の知識経験を有する者 | |
| 兼営事業の種類 | | | | | □医薬部外品･化粧品の販売  □管理医療機器販売業・貸与業（特定管理医療機器　有・無）  ☑高度管理医療機器等販売業・貸与業　□毒物劇物販売業 | |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | | | | | **０９０－００００－００００** | |
| 申請者(法人にあつては、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、取消しの日から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、取消しの日から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、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた後、３年を経過していない者 | | | | **全員なし** |
| (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に違反し、その違反行為があつた日から２年を経過していない者 | | | | **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** |
| (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つて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 | | | | **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 | | | | **●（取扱品目）①全ての医薬品、②２類３類のみ、③ガス、④歯科、⑤ガス・歯科**  **●(形態)** □**一般卸**□**小規模卸**☑**特定品目卸**□**特定品目（体外診）卸**□**サンプル卸**  **●医薬品営業所管理者の前職：㈱〇〇大阪南支店　令和〇年〇月末異動**  **●**次の書類を下記の　申請書　／　届出に添付済みのため省略します。 ☑登記事項証明書　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 名称：**□□　会社**　　　　許可番号：**Ｂ０００００号** 提出年月日：**令和○**年**〇**月**○**日  ●☑冷暗所保存の医薬品は取り扱わない。☑毒薬は取り扱わない。  **●分置倉庫：〇〇市〇〇区△△町１丁目１番１号** | | |

上記により、卸売販売業の許可を申請します。

　　　　　年　　月　　日

住　所法人にあっては、主たる事業所の所在地**○○市○○町○丁目○番○号**

**株式会社　○○○○**

**代表取締役　○○　○○**

氏　名法人にあっては名称及び代表者の氏名

大阪府知事　殿

〔連絡先〕　担当者名：００　００

　　　　　　電話番号：０６－００００－００００