

卸売販売業許可申請書

営業所の名称		株式会社〇〇薬品 □□営業所	
営業所の所在地		東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号 □□ビル 1 階	
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		1 5 0 m ²	
医薬品の取扱品目		3, 0 0 0 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		東京 太郎、東京 花子	
営業所者	氏名	東京 次郎	
	住所	東京都新宿区西新宿〇-〇-〇	
	資格	薬剤師	
兼営事業の種類		高度管理医療機器販売業・貸与業、毒物劇物一般販売業	
相談時及び緊急時の連絡先		0 3 (5 3 2 0) × × × ×、〇〇〇〇@△△△△. ne. jp	
申請者（法人にあつては責任を有する役員）	(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	全員なし
	(2)	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	全員なし
	(3)	拘禁刑に数いる場合は、「全員なし」と記載してください。	全員なし
		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	全員なし
			全員なし
			全員なし

① 例外的取扱いに関する卸売販売業許可の場合は、「小規模卸」、「サンプル卸」、「体外診断用医薬品卸」、「特定品目卸」、「指定卸売医療用ガス類」、「指定卸売歯科用医薬品」、「認定卸」のうち該当する種類を記載してください。

② 毒薬、冷暗貯蔵を要する医薬品の取扱いがない場合は、その旨を記載してください。

③ 添付書類を省略する場合は、省略する書類とその添付先を明確に記載してください。

【例】「登記事項証明書は、令和〇年〇月〇日付東京都知事宛に提出した許可番号9999999 の変更届書に添付のため省略します。」

備考	
----	--

上記により、卸売販売業の許可を申請します。

年 月 日

開設者住所・氏名を記載してください。

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇薬品 代表取締役 東京 太郎

担当者氏名とその連絡先を記載してください。

東京都知事 殿

電話番号 0 3 (5 3 2 0) × × × ×

担当者名 東京 次郎

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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。