

卸売販売業許可申請書

営業所の名称		××薬品 愛媛営業所	
営業所の所在地		××市××町××丁目×番×号	
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり（※平面図を添付のこと。）	
医薬品の保管設備の面積		200㎡	
医薬品の取扱品目		100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		愛媛 一郎 愛媛 太郎 松山 三郎	
営業所 管理 者	氏名	愛媛 次郎	
	住所	××市××町××丁目×番×号	
	資格	薬剤師名簿登録番号：第××××××号 登録年月日：××年××月××日	
兼営事業の種類		毒物劇物販売業	
相談時及び緊急時の連絡先		※原則電話番号を記載、必要に応じてメールアドレス等も記載	
申請者 に責任を有する役員を含む。 （法人にあつては、薬事に関する業務の欠格条項）	(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	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、取消の日から3年を経過していない者	全員なし
	(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			

上記により、卸売販売業の許可を申請します。

××年 ××月 ××日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） ××市××町××丁目×番×号  
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名） ××薬品株式会社  
代表取締役 愛媛一郎

愛媛県知事 殿  
(愛媛県 保健所長 殿)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4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。