

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		
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	
兼営事業の種類		
相談時及び緊急時の連絡先		
申請者（法人にあつては、 に責任を有する役員を含む。） の欠格条項 に関する業務	(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)	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
	(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	・冷暗貯蔵医薬品の取扱い（有・無）・毒薬の取扱い（有・無） ・添付書類の省略（有・無） 省略添付書類名（該当する書類に○をつけてください） （登記簿謄本・資格を証する書類・使用関係を証する書類） （提出先： 許可番号： 号） ・規則第158条の6に規定する措置を講ずる必要のある施設で（ある・ない）	

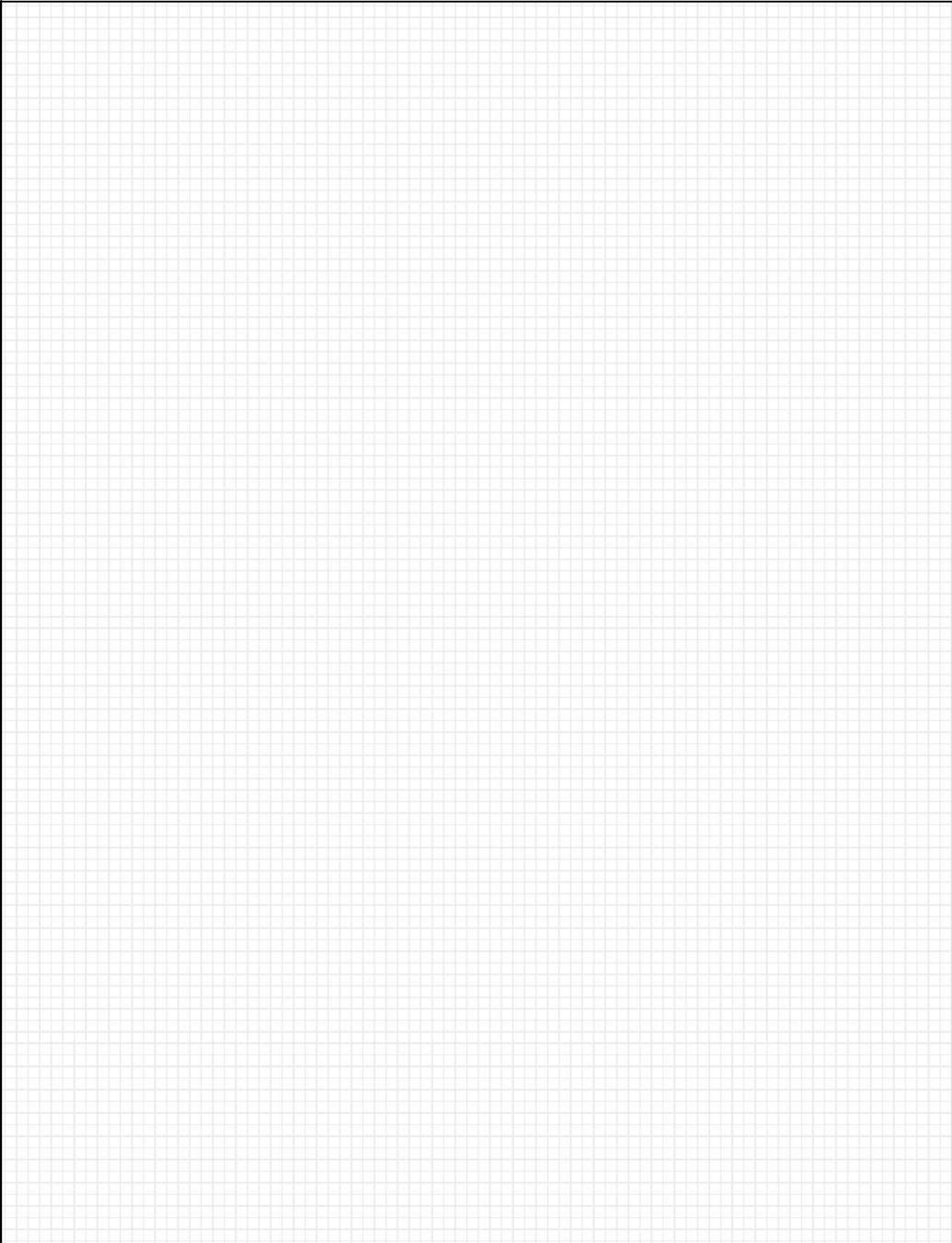
上記により、卸売販売業の許可を申請します。

年 月 日

住所〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕 〒

氏名〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

連絡先（ ） ー

営業所の名称	
<b>営業所の平面図</b>	
	

# 診 断 書

氏 名

生年月日 年 月 日

精神機能の障害（□にチェックを付けること）

- 明らかに該当なし
- 専門家による判断が必要

専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載して下さい）。

麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒（□にチェックを付けること）。

- なし
- あり

上記のとおり診断します。

年 月 日

病院等の名 称

所在地

医師の氏名

## 使用関係を証する書類

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

記

1 勤務する薬局，製造所，営業所又は店舗

- ・名称：
- ・所在地：
- ・連絡先(TEL)：

2 勤務時間等

- ・週当りの勤務時間： \_\_\_\_\_ 時間

※週当たりの勤務時間は、通常の勤務における時間を記入すること。

- ・勤務形態（勤務日時やシフト勤務等を記載すること）

( \_\_\_\_\_ )

3 業務（下記の該当項目を○で囲むこと）

- ・管理者 ( 薬剤師 ・ 登録販売者 ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) )
- ・その他の薬剤師 ( 常勤 ・ 非常勤 ・ 派遣 )
- ・その他の登録販売者 ( 常勤 ・ 非常勤 ・ 派遣 )
- ・高度管理医療機器販売業・貸与業管理者
- ・医療機器修理業責任技術者
- ・再生医療等製品販売業管理者
- ・医薬品の販売に従事する者（販売従事登録申請用）

年 月 日

使用者

住所

( 法人にあつては、主たる事務所の所在地 )

氏名

( 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 )

〒

被使用者

住所

氏名

# 証 明 書

住 所

氏 名

上記の者は、下記のとおり所定の実務に従事したことを証明します。

## 記

1 実務の内容

歯科用医薬品の販売  
ガス性医薬品の販売  
再生医療等製品の販売

2 実務に従事した期間

年 月 日から

年 月 日まで

3 従事した営業所

(1) 所在地

(2) 名 称

(3) 許可番号, 許可年月日

年 月 日

雇傭者住所

雇傭者氏名

(注意)

※「実務の内容」については、該当する項目を○で囲むこと。

## 卸売販売業許可申請書（記載例）

営業所の名称	○○○薬品		
営業所の所在地	〒890-8577 鹿児島市与次郎一丁目2番3号		
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	別紙のとおり または 約 ○○○○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	該当する役員名を記載		
営業所管理者	氏名	○田 △郎	
	住所	〒890-0054 鹿児島市荒田一丁目2番3号	
	資格	薬剤師名簿登録番号1234号, 登録年月日 平成○年◇月△日	
兼営事業の種類	麻薬卸売業・高度管理医療機器販売業		
相談時及び緊急時の連絡先	※原則として電話番号, 必要に応じてメールアドレスも記載		
申請者（法人にあつては、 に責任を有する役員を含む。） の欠格条項 に関する業務	(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	「なし」（複数の時は「全員なし」と記載
	(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	「なし」（複数の時は「全員なし」と記載
	(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った後、3年を経過していない者	「なし」（複数の時は「全員なし」と記載
	(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	「なし」（複数の時は「全員なし」と記載
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	「なし」（複数の時は「全員なし」と記載
	(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	「なし」（複数の時は「全員なし」と記載
	(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	「なし」（複数の時は「全員なし」と記載
備考	・冷暗貯蔵医薬品の取扱い（有・無）・毒薬の取扱い（有・無） ・添付書類の省略（有・無） 省略添付書類名（該当する書類に○をつけてください） （登記簿謄本・資格を証する書類・使用関係を証する書類） （提出先: 許可番号: 号） ・規則第158条の6に規定する措置を講ずる必要のある施設で（ある・ない）		

上記により、卸売販売業の許可を申請します。

令和3年 8月 1日

〒890-1234

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

鹿児島市与次郎二丁目3番4号

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社 ○△□薬品

代表取締役 ○田 △郎

連絡先（099）123 — 4567