

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 っ 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 っ 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った後、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。

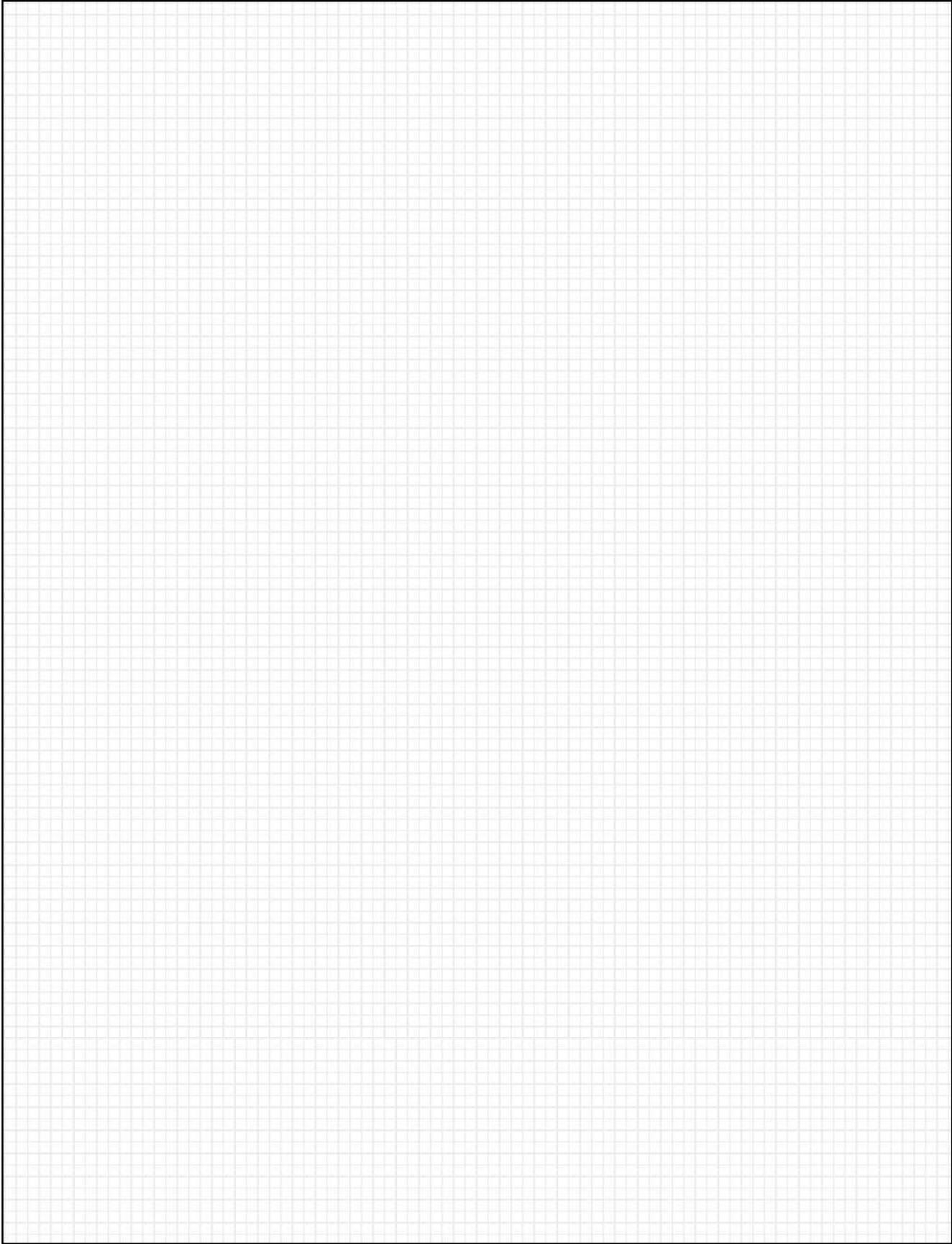
年 月 日

住所〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地 〕 〒

氏名〔 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 〕

連絡先 () ー

鹿児島県知事 殿

営業所の名称	
営業所の平面図	
	

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

(法人にあっては、主
たる事務所の所在地)

氏 名

(法人にあっては、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。

殿