

卸売販売業許可申請書

営業所の名称		××製薬株式会社 札幌支店	
営業所の所在地		〒×××-×××× 札幌市××区〇〇条〇〇丁目△-△ 〇〇ビル〇〇階 Tel.〇〇〇-×××-×〇×〇 Fax〇〇〇-×××-×〇××	
営業所の構造設備概要		別紙のとおり	
医薬品の保管設備の面積		〇〇㎡	
医薬品の取扱い品目		〇〇〇品目	
営業所 管理者	氏名	〇山 ×男	
	住所	札幌市〇〇区〇〇条××丁目△-△	
	資格	薬剤師	
兼営事業の種類		管理医療機器販売業	
申請者(法人にあつては、その業務を行う役員を含む)の欠格事項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	全員無し	
	(2) 禁固以上の刑に処せられたこと	全員無し	
	(3) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと	全員無し	
	(4) 後見開始の審判を受けていること	全員無し	
備考		小規模卸に該当する場合「小規模卸」、特定品目卸に該当する場合は「特定品目卸(取扱い品目の種類)」、サンプル卸に該当する場合「サンプル卸」と記載	

登録販売者の場合は「登録販売者」、厚生労働省令で定める者についてはその旨を記載

化粧品販売業、管理医療機器販売業等、他の業務を併せ行うときはその種類を記載

該当する事実がある場合はその内容を詳細に記載

上記により、卸売販売業の許可を申請します。

平成××年××月××日

捨印を押印
捨印

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

東京都××区〇〇-△-△

法人の場合は、代表者印を押印

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

××製薬株式会社

代表取締役 〇〇 ×× 印

(あて先) 札幌市保健所長

手数料	領収印
32,500円	

連絡先： 電話 〇〇〇-×××-×〇×〇 担当者 〇〇 ××