

卸売販売業許可申請書

営業所の名称		
営業所の所在地		区
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		m ²
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		
営業所者	フリガナ 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、 薬事に 関する 役員を含む。 の欠 る格 業條 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	<input type="checkbox"/> 通常卸 <input type="checkbox"/> 小規模卸 <input type="checkbox"/> サンプル卸 <input type="checkbox"/> 体外診断用医薬品卸 <input type="checkbox"/> 特定品目卸 (<input type="checkbox"/> 指定卸売医療用ガス類 <input type="checkbox"/> 指定卸歯科用医薬品) 毒薬の取扱い: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 冷暗貯蔵の必要な医薬品の取扱い: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

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〕

千葉市保健所長 殿

担当者名
 連絡先電話番号
 連絡先電子メールアドレス