

※ウェブ事前登録式コンビニ決済を利用した場合	
申請用番号	SG - -

卸売販売業許可申請書

フリガナ 営業所の名称		
営業所の所在地		〒
TEL: () FAX: () e-mail: @		
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		
(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		
営業者 管理 者	氏名	
	住所	〒
	資格	薬剤師（登録番号：第 号、登録年月日： 年 月 日） 医療用ガス類管理者（規則第154条第1項 イ・ロ・ハ・ニ） 歯科用医薬品管理者（規則第154条第2項 イ・ロ・ハ・ニ）
兼営事業の種類		
相談時及び緊急時の連絡先		
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店舗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	・小規模卸・サンプル卸・特定品目卸（医療用ガス類・歯科用医薬品・その他） ・新規・移転・相続・合併・組織変更・業態変更・その他（ ） ・営業時間 ～ ・定休日	

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、名称および代表者の氏名）

(あて先) 滋賀県 保健所長

担当者名：

連絡先：

(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。

構 造 設 備 の 概 要

店舗の名称		店舗の所在地	
全体構造	店舗全体の面積	m ²	
	建物の構造	木造・鉄筋・モルタル・()造り ____ 階建ての ____ 階	
店	面積(内寸) A = B + C m ²	試験室、医薬品販売場所の面積	B m ²
		医薬品等以外のものを取り扱う面積	C m ²
舗	床面の材質	コンクリート、モルタル、板張り、タイル ()	
	天井の材質	コンクリート、モルタル、板張り、石膏ボード ()	
	換気	空調設備・換気扇	
	店舗の平面図	別紙のとおり	
冷暗貯蔵設備	種類(容量)	冷暗保存医薬品取扱 (有・無)	
		電気冷蔵庫・ガス冷蔵庫 ()	
カギのかかる貯蔵設備(毒薬用)	材質(寸法)	毒薬の取扱 (有・無)	
		木製・スチール製 (縦 cm × 横 cm × 高さ cm)	
倉庫	医薬品保管倉庫面積	m ² (分置倉庫の面積を含む) (分置倉庫までの距離 m その面積 m ²)	
	医薬品保管倉庫平面図	別紙図面のとおり (分置倉庫の位置は、付近見取図に記載したとおり)	

備考

(薬事法関係)

診 断 書

氏名： 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日生 (歳)

上記の者について、次のとおり診断します。

精神の機能の障害 (□にチェックしてください。)

- 明らかに該当しない
 専門家による判断が必要

診 断 名	
現在受けている 治療の内容	
現在の状況 (具体的に)	

*記載できない場合、別紙を添付してください。

診断年月日： 年 月 日

医療機関等の名称：

医療機関等の所在地：

医療機関等の TEL： ()

医師の氏名：

使用関係証書

1 被使用者

住所

氏名

生年月日 年 月 日生

2 勤務場所

名称

所在地

3 業 務

4 勤 務 日 週 日 (曜日 から 曜日 まで)

5 勤 務 時 間 午前 時 分から 午後 時 分 まで
(週あたりの勤務時間数 時間)

上記のとおり使用関係にあることを証明します。

年 月 日

住所 _____

使用 者

氏名 _____

(記載上の注意)

勤務日および勤務時間は、1週間に勤務する通常の曜日および勤務時間を記載すること。

年 月 日

実務経験年数証明書

住 所

氏 名

上記の者は、下記営業所において

（ 歯科用医薬品の販売
医療用ガス類の販売 ） に従事したことを証明します。

従事した営業所の 名称及び所在地	従 事 期 間	雇用者証明欄 雇用者住所、氏名
	年 月 日から 年 月 日まで	
	年 月 日から 年 月 日まで	
	年 月 日から 年 月 日まで	

担当者名：

連絡先：

年 月 日

(あて先)

滋賀県 保健所長

住 所

氏 名

小規模卸

特定品目卸（医療用ガス類・歯科用医薬品・その他） の 適 用 願 書

サンプル卸

今般、卸売販売業許可申請書を提出するにあたり医薬品保管設備が m^2 ですが、当社の業務内容はおおむね下記のとおりであり、現時点では医薬品の保管管理には支障がありませんので

小規模卸

特定品目卸 として許可して下さるようお願いいたします。

サンプル卸

ただし、今後、業務拡大し、在庫数量等が増大する場合は、保管管理に支障のないよう保管設備を拡大するとともに変更届を提出することを誓います。

記

医薬品販売品目数	品
医薬品在庫額	円
最高在庫量	m^2
主な販売先（病院、診療所、卸売業者、薬局薬店等）	
主な販売先の件数	件

年 月 日

滋賀県 保健所長 様

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
および代表者の氏名〕

営業所管理者兼務適用願書

下記の（麻薬、向精神薬、覚醒剤原料を取り扱わず、分割販売を行っていない）卸売販売業の営業所管理者について、兼務を認めていただきますようお願いいたします。

なお、該当営業所の管理者として業務を遂行するに当たって支障が生じる場合には、速やかに他の営業所管理者を設置します。

記

1 兼務しようとする営業所管理者

氏名

住所

2 勤務する店舗

(1) 現在営業所管理者として勤務している店舗

名称

所在地

許可番号

許可年月日

(2) 兼務する店舗

名称

所在地

許可番号

許可年月日