

卸売販売業許可申請書

営業所の名称		株式会社〇〇 小樽営業所	
営業所の所在地		〒×××-×××〇 小樽市〇〇△丁目△番×号	TELOO-××××FAXOO-△△△△
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		200 m ²	
医薬品の取扱品目		1,000 m ²	
(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名		代表取締役 ○〇 ×× 取締役 ○〇 △△ 取締役 ○〇 ◇◇	
営業所者	氏名	●田 ×郎	
	住所	小樽市〇〇△番×号	
	資格	薬剤師	
兼営事業の種類		高度管理医療機器等販売・貸与業	
相談時及び緊急時の連絡先		0134-〇〇-××××	
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務の欠格条項を含む)の氏名	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(6)	精神の機能の障害により薬局開設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	全員なし
	(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	全員なし
備考	○ 当該営業所において管理医療機器の販売業・貸与業を (併せ行う・行わない) (1) 取扱品目(補聴器、電気治療器、プログラム(管理)、家庭用、検体、管理) (2) 管理医療機器販売業・貸与業の管理者の氏名及び住所 ア 営業所管理者に同じ イ 営業所管理者以外の者 氏名; 住所; 資格;		

みなし合格登録販売者の場合は「登録販売者」、厚生労働省で定める者についてはその旨(例:薬学に関する専門課程修了者等)を記載

・(3)該当する事実がある場合は、その内容を詳細に記載
 ・(6)に該当者がいる場合は診断書の添付が必要

管理医療機器の取扱いについて該当するところに○をつける。

上記により、卸売販売業の許可を申請します。

令和 7年 2月14日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〇〇市××区△△□丁目△番□号

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社×× 代表取締役 ○〇 ××

小樽市保健所長 様