

卸売販売業許可申請書

営業所の名称		株式会社記載例薬品 ○○営業所	
営業所の所在地		〒000-0000 福岡県○○町○○○○-○○○ Tel 000-0000-0000	
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		250.52㎡	
医薬品の取扱品目		別紙のとおり	
(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		福岡 太郎、福岡 花子	
営業所 管理者	氏名	別紙のとおり	
	住所	別紙のとおり	
	資格	別紙のとおり	
兼営事業の種類		別紙のとおり	
相談時及び緊急時の連絡先		Tel 000-0000-000 メールアドレス kisairei-pharm@demo.ne.jp	
申請者 (責任を有する役員を含む) (法人にあっては、 薬事に関する業務に 関係する役員を含む) 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	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)	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	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	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			

上記により、卸売販売業の許可を申請します。

(元号) ○○年 ○○月 ○○日
〒999-9999 TEL999-9999-9999
住所 (法人にあっては、
主たる事務所の所在地) 福岡県●●市●●●●●●-●●●●●●
氏名 (法人にあっては、
名称及び代表者の氏名) 株式会社記載例薬品 代表取締役 福岡太郎

福岡県知事 殿

〈薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名〉

法人の場合、各役員が分掌する業務の範囲を決定した結果、その分掌する業務の範囲に、薬事に関する法令に関する業務（薬事に関する法令を遵守して行わなければならない業務）が含まれる役員が「責任役員」に該当します。

代表者のほか、上記に該当する役員の氏名列記してください。