

動物用医薬品特例店舗販売業許可申請書

業種が間違っていないか確認してください。

令和〇年〇月〇〇日

郵送若しくは持参する日を記載。

秋田県知事

住所 秋田県秋田市山王4-1-1
氏名 株式会社 スーパー秋田
代表取締役 秋田 太郎

関係省令の一部改正により、押印は廃止されました。

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第26条第1項の規定により動物用医薬品特例店舗販売業の許可を受けようとする旨を申請します。

法人の場合は、薬事に関する業務に責任を有する役員（責任役員）を記入し、添付書類を提出してください。

また、当該役員が、法第5条第3号イからトまでに該当の有無を記載すること。

責任役員に関する添付書類

- (1) 登記事項証明書（履歴事項全部証明書）
- (2) 当該申請に係る事業に関する条例等の写し [申請者が地方公共団体の場合]
- (3) 組織図（表）等

記

1 店舗の名称及び所在地
名称：スーパー秋田 山王店
所在地：秋田県秋田市山王〇-〇-〇

2 店舗の構造設備の概要
別紙1のとおり

3 店舗において医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要
別紙2のとおり

4 法人にあっては、薬事に関する業務に責任を有する役員
代表取締役 秋田 太郎
〇〇〇〇〇 秋田 花子
以上2名は、法第5条第3号イからトまでに該当しない。

医薬品医療機器等法に規定する許可等の申請又は届出において、責任役員に関する添付書類原本をすでに秋田県知事あてに提出している場合は、

「秋田県〇〇〇〇〇（県機関名）へ令和〇年〇月〇日提出の別途〇〇〇〇〇申請書に履歴事項全部証明書原本及び組織図を添付済のため、写しを添付。」

と記入することで、添付書類の提出は省略可。

履歴事項全部証明書原本および組織図を別途添付

5 相談に応ずる電話番号その他の連絡先
〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

6 特定販売の実施の有無
有・無 ※有の場合は別紙4を添付

7 店舗において店舗販売業以外の医薬品の販売業その他の種類
なし

医薬品医療機器等法に基づく業務がある場合はすべて記載。（例：人体用の医薬品販売業、人体用・動物用の医療機器の販売業、など）

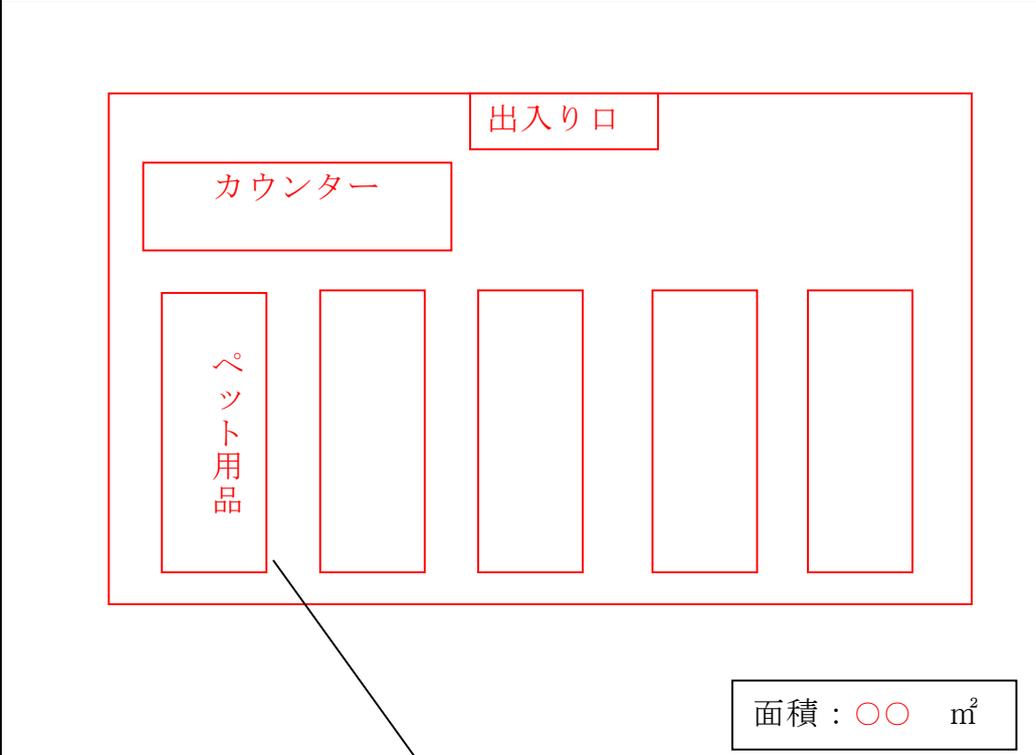
兼営業がない場合には「なし」と記載。

8 取り扱おうとする医薬品の品目、有効成分、分量、用法
製造販売業者の氏名又は名称
別紙3のとおり

9 参考事項
担当者氏名 秋田 三郎
連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

申請時における動物用医薬品の販売の担当者氏名および連絡先の記載。

店舗の構造設備の概要

店舗（営業所）の平面図		
店舗	名称	スーパー秋田 山王店
	所在地	秋田県秋田市山王〇ー〇ー〇 電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇
		
建物状況	種類	鉄骨・木造・その他
	階層	地上 (2) 階 地下 () 階
	使用階	1 階
床面の種類	コンクリート	平面図記入上の注意 ・店舗の平面図には、出入口、居住域との区画、動物用医薬品の保管棚、冷暗貯蔵設備、施錠貯蔵設備等の位置について、明示すること。 ・図面については、別紙資料でも構わない。
照明設備		

構造設備に係る様式は定められておりませんので、必要な事項が記載されていれば、任意の様式でも差し支えありません。

店舗の平面図には、奥行きや間口の大きさ（メートル等）、住居等との区画を記載してください。また、動物用医薬品の陳列場所や貯蔵設備等の位置及びその大きさについて、朱書き等により区別し、記載。

(別紙 2)

医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要

1. 医薬品の範囲

~~指定医薬品の取扱い~~

~~(あり・なし)~~

指定医薬品以外の取扱い

(あり・なし)

2. 店舗の営業時間等

曜日	営業時間	営業時間外相談応需時間
月曜日	9:00~18:00	なし
火曜日	9:00~18:00	なし
水曜日	9:00~18:00	なし
木曜日	9:00~18:00	なし
金曜日	9:00~18:00	なし
土曜日	定休	なし
日曜日	定休	なし

申請する店舗の営業時間並びに営業外に相談応需する場合はその時間を記載。

○ 法第 36 条の 10 第 5 項の相談に応ずる電話番号その他の連絡先

○○○-○○○-○○○○

動物用医薬品を購入・使用した者からの相談に応じる連絡先。

○ 担当者氏名 秋田 太郎

連絡先電話番号 ○○○-○○○-○○○○

販売店舗での担当者の氏名および連絡先を記載。

(別紙 3)

取り扱おうとする医薬品の品名、有効成分、分量、用法及び用量、
効能又は効果並びに当該品目の製造販売業者の氏名又は名称

品名	成分	分量	用法及び用量	効能又は効果	製造販売業者名
〇〇〇〇	△△ □□	本品 1 包 (0.5g) 中 △ △ ・ ・ 0.5mg □ □ ・ ・ 0.01mg	1 回、体重〇kg あたり、1 包を 水 100mL に溶か し強制的経口 投与する	〇〇の駆除。予 防	株式会社〇〇〇 〇製薬
〇〇〇〇	△□	100mL 中 △□・・2.0g	水 50L に対して 本品 10g をよく 混和して用い る。	〇〇の予防	〇〇製薬株式会 社

※ 本様式でなくとも、該当内容が記載された表や資料でも構わない。

特定販売の業務概要

使用する通信手段 (該当するものに丸をつける。) (その他に丸をした場合は具体的な記載をする。)	電話・ファックス・ メール・その他 ()
販売する医薬品の区分 (該当するものに丸をつける。)	指定医薬品 指定医薬品以外の医薬品
申請書に記載する店舗の名称と異なる名称を表示するときはその名称	スーパー アキタ
特定販売を行おうとする医薬品の品目	○○○○○○○ ○○○○○○○

特定販売を実施する場合のみ、記載。

店舗に陳列・貯蔵している医薬品を広告し、インターネット、FAX、電話等により注文を受け、動物用医薬品を郵送等で販売することです。

店舗の名称が異なる場合のみ記載。

許可申請する指定品目の中で、特定販売を行おうとする品目を記載。

※インターネット等で広く広告を行う場合は、特例店舗販売業許可の目的を逸脱するおそれがあることから、「店舗販売業」での許可申請が必要となります。

