

動物用医薬品特例店舗販売業許可申請書

年 月 日

秋田県知事

住所

氏名

(法人にあつては、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たいので、下記により申請します。

記

- 1 店舗の名称及び所在地
名 称：
所在地：
- 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 法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名
- 5 相談に応ずる電話番号その他の連絡先
- 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業務を併せ行う場合に
あつては、当該業務の種類
- 8 取り扱おうとする医薬品の品目、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
別紙 3 のとおり
- 9 参考事項
担当者氏名
連絡先電話番号

(別紙 1)

店舗の構造設備の概要

店 舗 (営業所) の 平 面 図

店 舗	名 称		
	所在地	電話番号	
面積： m ²			
建 物 状 況	種 類	鉄骨・木造・その他	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。
	階 層	地上 () 階 地下 () 階	
	使用階	階	
	床面の種類		
	照明設備		

(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~~

指定医薬品以外の取扱い

~~(あり ・ なし)~~

(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

○ 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

○ 担当者 氏 名

連絡先 電話番号

(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

※ 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。

(別紙 4)

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	
特定販売を行おうとする医薬品の品目	

証 紙 納 付 書

年 月 日

秋 田 県 知 事

(地方公所の長)

納 付 者 住 所

氏 名

納付する使用料 若しくは手数料 又は入猟税	医薬品販売業の許可 申請手数料	納 付 金 額	¥ 3 1 , 2 0 0
-----------------------------	--------------------	------------------	---------------
