

動物用医薬品特例店舗販売業許可更新申請書

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24条第2項の規定により動物用医薬品特例店舗販売業の許可の更新を受けたいので、下記により申請します。

記

許可年月日及び許可番号

許可年月日： 年 月 日

許可番号：

1 店舗の名称及び所在地
名称：
所在地：

2 指定品目及び当該品目の製造販売業者の名称
別紙のとおり

3 参考事項

申請者（申請者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。）が法第5条第3号イからトまでに該当することの有無

担当者氏名

連絡先電話番号

更新時必要事項記入用紙（特例店舗販売業）

店舗の名称：

○ 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

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

○ 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

○ 特定販売の実施の有無（有・無）

（※ 特定販売を実施する場合は、別紙記載例を参考に特定販売の業務概要を記載して下さい）

○ 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（医薬品医療機器等法に基づく許可された業務）を併せ行う場合にあっては、当該業務の種類

○ 担当者 氏 名

連絡先 電話番号

