

動物用医薬品卸売販売業許可申請書

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 34 条第 1 項の規定により動物用医薬品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 医薬品営業所管理者の氏名、種別及び住所

氏名	種別	住所
	薬剤師・登録販売者	

- 4 医薬品営業所管理者以外の薬剤師又は登録販売者であつて薬事に関する実務に従事する者の氏名及び種別

氏名	種別	氏名	種別
	薬剤師・登録販売者		薬剤師・登録販売者
	薬剤師・登録販売者		薬剤師・登録販売者

- 5 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
- 6 営業所において卸売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っては、当該業務の種類
- 7 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
- 8 参考事項
担当者氏名
連絡先電話番号

備 考

- 1 営業所の構造設備の概要を説明する図面を添付すること。
- 2 医薬品営業所管理者の種別は、薬剤師又は登録販売者の別を記載すること。
- 3 申請者が薬剤師又は登録販売者であつて自ら業務を管理する場合にあっては、記の3にその旨を記載すること。
- 4 記の7には、該当しない場合は「該当しない」と記載し、該当する場合には、該当する事案の概要を記載すること。
- 5 冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合にあっては、その旨を記の8に記載すること。

(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： <input type="text"/> 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			

冷暗貯蔵設備の立体図（単位：cm）	施錠貯蔵設備の立体図（単位：cm）

※ 図面については、別紙資料でも構わない。

店舗の位置図（信号、曲がり角、目標建物、幹線道路等を記入）

※ 図面については、別紙資料でも構わない。

<申請上の留意点>

動物用医薬品卸売販売業の許可申請について

I 申請書への記載内容等について

1 申請書の記載事項「2 店舗の構造設備の概要」について

- (1) 構造設備の概要を説明する図面を添付してください。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 動物用医薬品の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、記載してください。

2 申請書の記載事項「3 医薬品営業所管理者の氏名、種別及び住所」について

- (1) 医薬品営業所管理者の種別は、薬剤師又は登録販売者の別を記載してください。
- (2) 申請者が薬剤師又は登録販売者であって自ら業務を管理する場合にあつては、その旨を記載してください。

3 申請書の記載事項「5 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」について

薬事に関する業務に責任を有する役員の考え方は、次のとおりです。

<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関係事務に係る技術的な助言について（令和3年8月1日付け3消安第2534号による都道府県知事あて農林水産省消費・安全局長通知）抜粋>

○第2の1の(3)「責任役員」の範囲

合名会社	定款に別段の定めがないときは社員全員
合資会社	定款に別段の定めがないときは無限責任社員全員
特例有限会社・ 株式会社	会社を代表する取締役及び薬事に関する業務を担当する 取締役
一般社団法人 又は一般財団法人	理事長及び薬事に関する業務を担当する理事
その他の法人	上記に準ずる者

4 申請書の記載事項「6 営業所において卸売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」について

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に基づく医薬品や医療機器に係る許可された事項（人体用・動物用の医薬品販売業、人体用の医療機器の販売業、医療機器の修理業など）を兼ねる場合には、必ず、記載してください。

なお、兼営事業がない場合には、「なし」と記載してください。

5 申請書の記載事項「7 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」について

該当しない場合は「該当しない」と記載し、該当する場合には、該当する事案の

概要を記載してください。

6 申請書の記載事項「8 参考事項」について

- (1) 冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合にあつては、「要冷暗貯蔵医薬品は取り扱わない。」と記載してください。
- (2) 添付書類を省略する場合、その旨を記載してください。(Ⅱの8参照)
- (3) 営業所の連絡先、担当者名を記載してください。

Ⅱ 添付しなければならない書類について

- 1 **登記事項証明書(履歴事項全部証明書)** [申請者が法人である場合に限る。]
- 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に限る。]
- 3 **組織図(表)等** [申請者が法人の場合に限る。]
薬事に関する業務に責任を有する役員の範囲を具体的に示している書類として、組織規定図(表)又は業務分掌表等を添付してください。
別紙様式例-1を参考にしてください。

4 医薬品営業所管理者の資格を証する書類

- (1) 薬剤師免許証
[指定医薬品及び指定医薬品以外の医薬品を取り扱う場合に限る。]
- (2) 販売従事登録証
[指定医薬品以外の医薬品のみを取り扱う場合に限る。]

5 医薬品営業所管理者と申請者との関係を証する書類

- (1) 雇用契約証明書や使用関係証明書等、店舗管理者と申請者の関係を証する書類
- (2) 雇用契約証明書及び使用関係証明書は、別紙様式例-2、3を参考にしてください。

6 医薬品営業所管理者以外の薬剤師又は登録販売者であつて薬事に関する実務に従事する者の資格を証する書類

- (1) 薬剤師免許証 [薬剤師に限る。]
- (2) 販売従事登録証 [登録販売者に限る。]

7 6の薬剤師又は登録販売者と申請者との関係を証する書類

- (1) 雇用契約証明書や使用関係証明書等、店舗管理者と申請者の関係を証する書類
- (2) 雇用契約証明書及び使用関係証明書は、別紙様式例-2、3を参考にしてください。

8 1~7までの書類は、すでに県の機関に別途「原本」を提出している場合には、原本の添付を省略して差し支えない場合があります。

添付を省略しようとする場合には、申請書の「8 参考事項」の欄に、「提出先の県機関名」、「別途提出されている当該申請書又は届出書の年月日及び種類」に、「省略する添付書類の名称」を「添付し提出した旨」を記載してください。

なお、添付書類を省略できる場合であっても、出来る限り添付を省略した書類の

写しを添付くださるようお願いします。

- 9 **手数料（秋田県証紙31, 200円）を貼付した証紙納付書**
証紙納付書の日付は、当該申請書に記載した日付としてください。

Ⅲ その他

- 1 許可にあたっては、書類審査や営業所の構造、業務体制等の現地確認を行うため、2週間程度の期間が必要となります。十分な余裕をもって、申請してください。
- 2 申請書を正式に提出する前に、申請書（案）をFAXやメール等によりご送付頂ければ、内容の事前確認と記載事項の修正すべき点について、ご連絡をいたします。
- 3 **申請書・届出書の押印の廃止について**
各種申請書等については、関係省令の一部改正により、申請者等の押印は廃止され不要となりました。添付書類についても押印不要です。
- 4 **お問い合わせ・申請書類提出先**

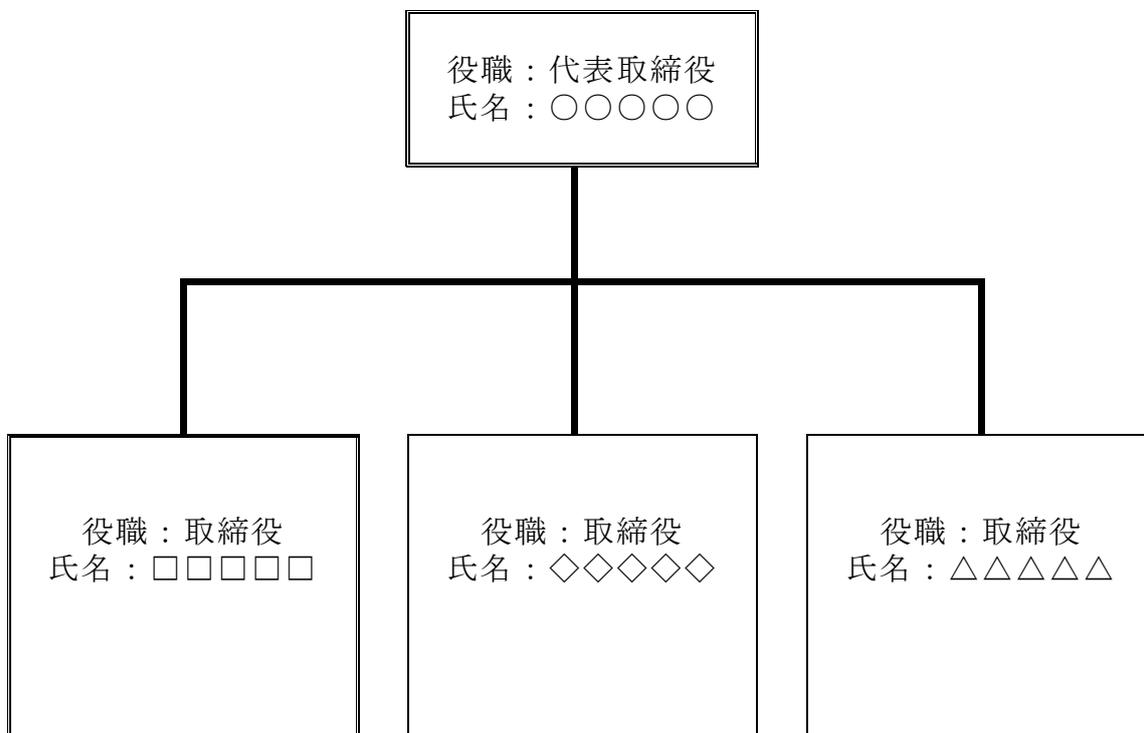
秋田県北部家畜保健衛生所 hokubukaho@pref.akita.lg.jp
〒018-3454 北秋田市脇神字高村岱92
TEL 0186-62-2715 Fax 0186-62-0146

秋田県中央家畜保健衛生所 Chuokaho@pref.akita.lg.jp
〒011-0904 秋田市寺内蛭根1丁目15-5
TEL 018-864-0401 Fax 018-862-7132

秋田県南部家畜保健衛生所 nan-kaho@pref.akita.lg.jp
〒014-0011 大仙市富士見町6-55
TEL 0187-62-5354 Fax 0187-66-1849

ご不明な点については、当該店舗の住所地を所管する家畜保健衛生所の担当者へ、気兼ねなくご相談ください。

組織規定図



内が医薬品、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（薬事）に関する業務に責任を有する役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住所

法人名称及び
代表者の氏名

雇 用 契 約 書

1. 勤務時間 午前 時 から 午前 時 まで
2. 休 日 土曜、日曜、祝祭日、その他会社で定める日
3. 給 料 月額 円
4. 他の場所において薬事に関する業務に従事しないこと。

上記のとおり契約する。

年 月 日

甲 雇用者

住所：

氏名：

乙 営業管理者

住所：

氏名：

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

甲 住所：

氏名：

乙 住所：

氏名：

秋田県知事 あて

使用関係証明書

年 月 日

使用者

住所

氏名

被使用者

住所

氏名

私どもは、下記の条件のもとに使用関係にあることを証します。

記

- 1 勤務場所の所在地及び名称
- 2 勤務内容
- 3 営業日及び勤務日
- 4 営業時間及び勤務時間
- 5 その他の勤務条件