動物用医薬品店舗販売業許可申請書

**香　川　県　証　紙　貼　付　欄 （貼らずにお持ちください）**

**東部・西部**

**窓口で内容確認後に記入**

令和　　年　　月　　日

香川県　　家畜保健衛生所長　様

住所　　**○○県○○市○○町**

氏名　　　　　　　　　**○○株式会社**

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

**代表取締役　○○○○**

　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　○○薬品　○○店**

**所在地　○○市○○町○○**

**動物用医薬品の陳列、保管場所がわかる図面を添付**

２　店舗の構造設備の概要

　　**別紙のとおり**

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

**業務体制のわかる書類を添付**

　　　**別紙のとおり**

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の氏名

**業務分担のわかる書類（組織図）を添付**

　　　**別紙 業務分掌表(組織図)のとおり**

５　相談に応ずる電話番号その他の連絡先

　　　**電話番号、担当者名**

**「有」の場合、「特定販売の概要」を添付**

**・特定販売に使用する通信手段**

**・広告に申請書と異なる名称を表示するときはその名称**

**・インターネットを利用する場合は主たるHPアドレス**

６　特定販売の実施の有無

**有　/　無**

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っては、当該業務の種類

　　　**「なし」または医薬品、医療機器等法関係の許可・届出の種類を記載**

８　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

　　　　**「該当しない」又は該当する事案の概要を記載**

９参考事項

**要冷暗貯蔵医薬品を取扱わない場合、「冷暗貯蔵の必要な医薬品の取扱いなし」と記載**

****

動物用医薬品店舗販売業許可申請書

令和　　年　　月　　日

香川県　　家畜保健衛生所長　様

住所

氏名

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

２　店舗の構造設備の概要

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

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

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っては、当該業務の種類

８　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

９　参考事項****