

許可申請書別紙（卸売販売業）

（管理者に関する事項）

管 理 者	フリガナ	
	氏名	
	住所	
	市・郡	区・町
資 格 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> みなし合格登録販売者 <input type="checkbox"/> 医療用ガス類 <input type="checkbox"/> 歯科用医薬品 <input type="checkbox"/> ガス類及び歯科用	登録番号
		登録年月日                      年                      月                      日

（営業所に関する事項）

取り扱う医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 薬局医薬品 <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二类医薬品 <input type="checkbox"/> 第二类医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品
放射性医薬品の取扱い	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類： 設備の概要：
審査基準「Ⅰ 構造設備」 2-(3)オに該当する場合	<input type="checkbox"/> 別途、県内に営業所の面積が100㎡以上の営業所を有している <input type="checkbox"/> 医薬品サンプルのみを取り扱う営業所 <input type="checkbox"/> 医薬品在庫額及び月平均販売額がそれぞれ5000万円以下である営業所 <input type="checkbox"/> 調剤用医薬品の備蓄センター等の営業所 <input type="checkbox"/> 下記特定品目のみを取り扱う営業所 <input type="checkbox"/> 製造専用医薬品 <input type="checkbox"/> 化粧品、医薬部外品等の製造原料となる医薬品 <input type="checkbox"/> ワクチン類、血液製剤 <input type="checkbox"/> 指定卸売医療用ガス類 <input type="checkbox"/> 指定卸売歯科用医薬品 <input type="checkbox"/> その他検査試薬及び防疫用薬剤
兼 営 事 業 の 種 類	<input type="checkbox"/> 麻薬 <input type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 毒物劇物 <input type="checkbox"/> 医薬部外品 <input type="checkbox"/> 化粧品 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
管 理 医 療 機 器 等 販 売 業 及 び 貸 与 業	[みなし届出の別（施行令第49条関係）] <input type="checkbox"/> 販売業を行う <input type="checkbox"/> 貸与業を行う <input type="checkbox"/> 販売貸与業を行う <input type="checkbox"/> 別段の申し出を行う  [取り扱う医療機器の種別] <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 電気治療器 <input type="checkbox"/> プログラム <input type="checkbox"/> 検体検査室用 <input type="checkbox"/> 上記以外の特定管理医療機器 <input type="checkbox"/> 家庭用  [管理者]（管理者の資格要件を満たす者） 氏名： 住所： 資格：  [特記事項] <input type="checkbox"/> 高度申請済 <input type="checkbox"/> 管理届出済 <input type="checkbox"/> 一般医療機器のみ