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）

はら

令和　　年　　月　　日

　　香川県　　　家畜保健衛生所長　殿

住所

氏名　　　　　　　　 　　　　　　　 　　　　　印

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

　名　称

　所在地

２　店舗の構造施設の概要

　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

　別紙のとおり

４　法人にあっては、店舗販売業者の業務を行う役員の氏名

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

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　参考事項

担当者名

連絡先（TEL）

備考　冷蔵貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合にあたっては、その旨を参考事項の欄に記載すること。

店舗の平面図

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗名  （参考様式） |  |
| 所在地 |  |
| 面積 |  |
| 床面の種類 |  |
| 備考 |  |

店舗に関する説明

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 店舗名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 建物の状況 | 建物の種類 |  |
| 階層 | 地上　　階、地下　　階 |
| 使用場所 |  |
| 照明設備 | 蛍光灯・ガス蛍球：　　Ｗ　　　個 |
|  |  |

店舗付近の地図

＊店舗付近の詳細（乗り物、下車駅、付近の目標、曲がり角等の目標等）を記入のこと

診断書

住　　所

氏　　名

生年月日

この者は、麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒者ではない。

上記のとおり診断いたします。

平成　年　月　日

所在地

名　称

医　師

誓　約　書

平成　　年　月　日

香川県　　家畜保健衛生所長　殿

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

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2項の規定に該当することの有無に関し、下記のとおり相違ないことを誓約します。

記

１．住所及び氏名

２　法第5条第3号イに該当の有無

３　法第5条第3号ロに該当の有無

４　法第5条第3号ハに該当の有無

５　法第5条第3号ニに該当の有無

６　法第5条第3号ホ中成年被後見人に該当の有無

７　法第5条第3号ヘに該当の有無

疎明書

私は、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５条第３号ホに規定する麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でないこと及び同号ヘに規定する精神機能の障害により、欠格事由に該当する者ではないことを疎明します。

　　年　　月　　日

住　所

氏　名　　　　　　　　　　㊞

（　　　　年　　　月　　　日生）