

記入例

捨印を押印した場合にのみ、申請時、修正が可能です。

印

動物用医薬品卸売販売業許可更新申請書

家畜保健衛生所に提出する日を記入してください。

年 月 日

栃木県 家畜保健衛生所長 様

申請書の提出先を書いて下さい。
(県央、県南、県北)

押印は、略することが可能です。但し、捨印処理を可能にする場合には、押印願います。(法人の場合は、代表者の登記印)

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卸売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

許可の有効期間の初日と許可番号を記入してください。

許可年月日 年 月 日 許可番号 第 号

1 営業所の名称及び所在地

名称
所在地

2 営業所の構造設備の概要

変更がない場合：「主要部分に変更はない」と記載してください。

3 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

- ・該当しない場合：「該当しない」と記載してください。
- ・該当する場合：該当する事案の概要を記載してください。

4 参考事項

- ・法人の方で令和 3 年 8 月 1 日以降に初めて許可更新をされる場合、「責任役員は〇〇（氏名）」と記載してください。
 - ・冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合はその旨を記載してください。
(記入例：冷蔵品の取扱なし。等)
 - ・連絡先（電話番号、FAX 番号、担当部局及び担当者名）を記載してください。
- ※冷暗貯蔵設備を更新と併せて変更する場合は、御相談ください。