



動物用医薬品卸売販売業許可(更新)

動物用医薬品卸売販売業許可更新申請書

年 月 日

大阪府知事 殿

住 所 〒

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者名)

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 年 月 日 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
- 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
- 4 参考事項

連絡先電話番号(営業所・その他)

備考

- 1 記の2については、法第24条第1項若しくは第2項の規定による許可後又は法第38条第2項において準用する法第10条第1項の規定による届出後に構造設備の概要の主要部分に変更がない場合には、「主要部分に変更はない」と記載し、構造設備の概要の記載は要しない。
- 2 記の3については、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。
- 3 冷蔵貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合にあつては、その旨を記の4に記載すること



動物用医薬品卸売販売業許可更新申請書

記入例

動物用医薬品卸売販売業許可更新申請書

提出する日

令和〇年〇月〇日

大阪府知事 殿

法人の場合は
本社所在地

住所 〒540-8570
大阪市中央区大手前2丁目
大阪府庁 23階

氏名 ○〇株式会社
代表取締役 大阪 太郎
(法人にあつては、名称及び代表者名)

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

許可証の「許可の有効期間」
の初めの年月日

許可年月日及び許可番号 令和〇年〇月〇日 第 I-〇〇〇〇 号

- 営業所の名称及び所在地
名称 ○〇株式会社 大阪支店
所在地 〒559-8555 大阪市住之江区南港北1丁目14-16 咲洲ビル5階
- 営業所の構造設備の概要
主要部分に変更はない
- 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
全員該当しない(大阪太郎、咲洲花子、大阪三郎)

代表取締役含む薬事責任役員名を記入

- 参考事項
冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない

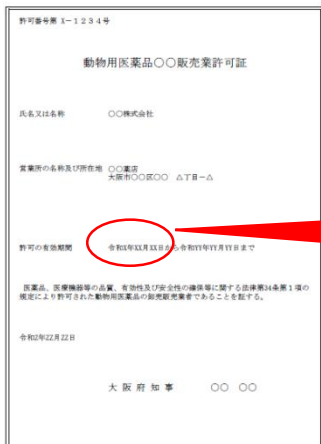
冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合は、その旨を記載

連絡先電話番号 (営業所)

06-XXXX-XXXX

Abcdxxx555@xxxxxx.co.jp 担当：咲洲 次郎

当該申請に関する連絡先となる担当者氏名、所属、電話番号等を記載



許可日：
許可証の「許可の有効期間」の初めの年月日



動物用医薬品店舗販売業許可更新申請書

動物用医薬品店舗販売業許可更新申請書

年 月 日

大阪府知事 殿

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店舗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 年 月 日 第 号

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

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

4 参考事項

連絡先電話番号（店舗・その他）

備考

- 記の2については、法第24条第1項若しくは第2項の規定による許可後又は法第38条第1項において準用する法第10条第1項の規定による届出後に構造設備の概要の主要部分に変更がないとした場合には、「主要部分に変更はない」と記載し、構造設備の概要の記載は要しない。
- 記の3については、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。
- 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、その旨を参考事項の欄に記載すること。



動物用医薬品店舗販売業許可手数料(更新)

動物用医薬品店舗販売業許可更新申請書

記入例

提出する日

令和〇年〇月〇日

大阪府知事 殿

法人の場合は
本社所在地

住所 〒540-8570 大阪府中央区大手前2丁目

大阪府庁 23階

氏名 ○〇株式会社

代表取締役 大阪 太郎

(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店舗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。

許可証の「許可の有効期間」
の初めの年月日

記

許可年月日及び許可番号 令和〇年〇月〇日 第 S-〇〇〇〇 号

1 店舗の名称及び所在地

名称 ○〇薬店

所在地 〒559-8555 大阪市住之江区南港北1丁目14-16 咲洲ビル5階

2 店舗の構造設備の概要

主要部分に変更はない

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

全員該当しない（大阪太郎、咲洲花子、大阪三郎）

代表取締役含む薬事責任役員名を記入

4 参考事項

冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない

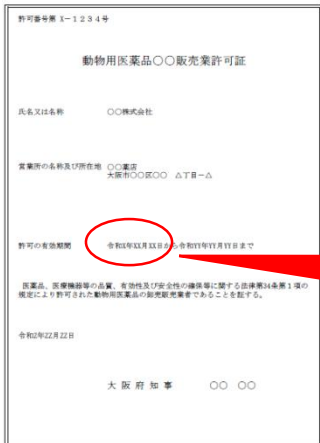
冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合は、その旨を記載

連絡先電話番号（店舗・その他）

06-XXXX-XXXX

Abcdxxxxx4444@xxxx.co.jp 担当：咲洲 次郎

当該申請に関する連絡先となる担当者氏名、所属、電話番号等を記載



許可日：
許可証の「許可の有効期間」の初めの年月日

| | | |
|--------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1 | 取り扱う医薬品の区分 | 指定医薬品 指定医薬品以外の医薬品 |
| 2 | 相談に応ずる電話番号その他の連絡先 | |
| 3 | 特定販売の有無（いずれかに○印） | 有 ・ 無 |
| 特定販売 「有」 の場合以下を記入（「無」の場合、記入不要） | | |
| 4 | 特定販売に使用する通信手段 | インターネット |
| 5 | 特定販売を行う医薬品の動物用医薬品等取締規則第 92 条第 3 項に掲げる区分 | 指定医薬品 ・ 指定医薬品以外の医薬品 |
| 6 | 特定販売を行う医薬品の広告に、申請書に記載した店舗の名称と異なる名称を表示する時は、その名称 | 〇〇〇〇ネットショップ |
| 7 | 特定販売を行おうとする医薬品についてインターネットを利用して広告をするときは、主たるホームページアドレス | http://abcdefg12345 |

3 特定販売：その店舗におけるその店舗以外の場所にいる者に対する医薬品の販売又は授与をいう。具体的にはインターネット、カタログ、ファックス、電話等で広告し、メール、ファックス、電話等で注文、情報提供、相談応需を行う場合等。

＊特定販売を行わない場合は3の「無」に○印をつけ、4以降の記載は不要

1、5 指定医薬品、指定医薬品以外の医薬品のいずれか、又は両方に○印

更新時必要事項記入用紙（店舗販売業）

| | | |
|--------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------|
| 1 | 取り扱う医薬品の区分 | 指定医薬品 ・ 指定医薬品以外の医薬品 |
| 2 | 相談に応ずる電話番号その他の連絡先 | |
| 3 | 特定販売の有無（いずれかに○印） | 有 ・ 無 |
| 特定販売 「有」 の場合以下を記入（「無」の場合、記入不要） | | |
| 4 | 特定販売に使用する通信手段 | |
| 5 | 特定販売を行う医薬品の動物用医薬品等取締規則第 92 条第 3 項に掲げる区分 | 指定医薬品 ・ 指定医薬品以外の医薬品 |
| 6 | 特定販売を行う医薬品の広告に、申請書に記載した店舗の名称と異なる名称を表示する時は、その名称 | |
| 7 | 特定販売を行おうとする医薬品についてインターネットを利用して広告をするときは、主たるホームページアドレス | |

3 特定販売：その店舗におけるその店舗以外の場所にいる者に対する医薬品の販売又は授与をいう。具体的にはインターネット、カタログ、ファックス、電話等で広告し、メール、ファックス、電話等で注文、情報提供、相談応需を行う場合等。

＊特定販売を行わない場合は3の「無」に○印をつけ、4以降の記載は不要

1、5 指定医薬品、指定医薬品以外の医薬品のいずれか、又は両方に○印

年 月 日

大阪府知事 様

(店舗・営業所) 所在地

(店舗・営業所) 名 称

住 所

氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者

の氏名)

紛失理由書

(業 種)

(紛失したもの)

この度、_____の_____を、

(理 由)

_____のため紛失しました。

今後、このようなことがないように充分注意し管理しますので、今回に限りよろしくお取り計らい願います。

なお、紛失した許可証（登録票）を発見した場合は速やかに返却する旨誓約します。

令和 年 月 日

大阪府知事 殿

店舗販売業は「店舗」、卸売販売業・再生医療等製品販売業、
高管機器販売賃貸業は「営業所」に○
動物用医薬品登録販売者であり、
現在店舗に勤務していない方は記入不要

(店舗・営業所) 所在地

(店舗・営業所) 名称

住所

法人の場合、本社の住所を記入

氏名

- ・動物用医薬品店舗販売業
 - ・動物用医薬品特例店舗販売業
 - ・動物用医薬品卸売販売業
 - ・動物用高度管理医療機器等販売・貸与業等
- *動物用医薬品販売従事登録証の場合は記入不要

(法人にあっては、名称及び代表者)

- ・許可証
- ・動物用医薬品販売従事登録証等

紛失理由書

業種)

(紛失したもの)

この度、_____の_____を、

(理由)

- ・管理不行き届きのため等理由を記載

_____のため紛失しました。

今後、このようなことがないように充分注意し管理しますので、今回に限りよろしくお取り計らい願います。

なお、紛失した許可証(登録証)等を発見した場合は速やかに返却する旨誓約します。