（様式１９－１）記入例

|  |
| --- |
| 動物用医薬品店舗販売業許可申請書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和３　年　８　月　１　日  書類提出日  愛知県知事　殿  〒100-0013  住所　東京都千代田区霞が関一丁目２番１号  氏名　（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）  　株式会社　　　　　愛　知  　代表取締役社長　　愛　知　太　郎  　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  　　愛知ドラッグ名古屋店　　電話：052-961-2111　ファックス：052-954-6934  　　〒460-8501　名古屋市中区三の丸三丁目１番２号  郵便番号、電話番号、ファックス番号等も記入  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  営業時間、営業時間外の相談応需時間、勤務する薬剤師及び登録販売者の勤務時間について記入。  　　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  　　愛知太郎　その他役員は別紙のとおり  責任役員が多数の場合は別紙に記入  ５　相談に応ずる電話番号その他の連絡先  　　電話:052-961-2111　Ｅメール：chikusan@pref.aichi.lg.jp  ６　特定販売の実施の有無  特定販売を行う場合は、様式19-3を添付  　　有り  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  　　動物用医薬品卸売販売業  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  冷暗貯蔵医薬品を扱わない場合は記入  添付書類を省略する場合の記入  　　該当しない  ９ 参考事項  担当者の氏名と連絡先を記入  　　冷暗貯蔵が必要な医薬品を取扱わない。  登記事項証明書については、医薬品店舗販売業許可申請書（半田店：第Ｈ-56号、令和３年８月１日付けで半田保健所に提出）に添付したので省略します。　　　　担当者：愛知五郎　電話：03-3502-8111 |

（日本産業規格Ａ４）

備　考

１　記の８には、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。

２　冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合にあっては、その旨を記の９に記載すること。