

動物用再生医療等製品販売業許可申請書

東京都知事

殿

平成〇〇年 〇月 〇日

コメント [1]: 窓口を持参する日を記入してください。

住所 東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
株式会社 東京商事
氏名 代表取締役 東京 太郎
(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)



コメント [2]: 法人による申請の場合、登記時に登録した代表者印を捺印してください。個人による申請の場合、**自筆**で氏名を記入した場合は捺印不要。

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 40 条の 5 第 1 項の規定により動物用再生医療等製品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 営業所の名称及び所在地
名称 株式会社 東京商事 再生医療等製品営業部
所在地 東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号

2 営業所の構造設備の概要
別紙のとおり

コメント [3]: 「店舗(営業所)への案内図、貯蔵設備の概要」、「営業所の平面図」を添付してください。

3 再生医療等製品営業所管理者の氏名及び住所
氏名 東京 花子
住所 埼玉県さいたま市〇〇区×××××

4 法人にあっては、再生医療等製品販売業者の業務を行う役員の氏名
別紙「業務分掌表」のとおり

5 営業所において医薬品の販売業その他の業務を併せ行う場合にあつては、当該業務の種類
動物用医薬品卸売販売業(許可番号: 24 動薬卸第〇〇号)

コメント [4]: 同一営業所内において医薬品医療機器等法に基づく許可を受けている場合は記入して下さい。ない場合は「なし」と記入してください。

6 参考事項
担当者氏名 東京 花子
連絡先 TEL 03-5321-△△△△

コメント [5]: 業許可に係る問合せに対応できる方を記入してください。

・ 東京 花子の薬剤師免許の写し及び雇用証書は平成〇〇年〇月〇日付け「動物用医薬品卸売販売業許可申請書」(許可番号: 24 動薬卸第〇〇号)に添付済。

備考

- 営業所の構造設備の概要を説明する図面を添付すること。
- 記の 3 には、申請者が自らこれに従事するときは、その旨を記載すること。
- 冷蔵貯蔵が必要な再生医療等製品を取り扱わない場合にあつては、その旨を 6 に記載すること。

コメント [6]: 医薬品医療機器等法に規定する許可等の申請又は届出において、以下に掲げる書類を東京都知事あてに提出している場合は、参考事項に記載すれば省略可能です。

- 登記事項証明書
- 誓約書及び医師の診断書又は疎明書
- 管理者等の資格を証する書類
- 管理者等の雇用証書