県添付書類様式13

小規模卸適用願

　　年　　月　　日

熊本県知事　　　　　　　　　様

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

申請営業所

　　　所在地

名　称

今般、上記営業所において、卸売販売業の許可申請を行うにあたり、医薬品の保管設備の面積が　　　㎡でありますが、業務内容は概ね下記のとおりであり、現時点では医薬品を適正に保管するうえで支障ありませんので、小規模卸として許可願います。

なお、今後、許可の更新を行う際には小規模卸営業報告書を提出するとともに、業務拡大等に伴い在庫数量等が増大する場合は、直ちにその取扱実態に見合った保管設備の面積に拡大したうえで必要な手続きを行うことを誓約します。

記

１　医薬品在庫額

２　月平均販売額

３　医薬品の販売品目数

４　予測される最高在庫量（㎡）

５　主な販売先の件数