

動物用医薬品卸売販売業許可更新申請書

現在の知事名を記入ください。

書類を持参する日（郵送の場合は投函する日付）を記入ください。

平成 29 年 4 月 1 日

千葉県知事 鈴木 栄治 様

法人による申請の場合は、登記時に登録した代表者印を捺印ください。
個人による申請の場合は、自筆であれば印鑑は不要です。自筆でなければ個人印を捺印ください。

法人の場合は、代表者名も記入ください。「代表取締役」「代表取締役社長」など、書類ごとに違う肩書が記載されている場合がありますので、注意してください。

住所（法人にあつては所在地）

千葉県千葉市中央区市場町1-1

氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

株式会社ドーヤク
代表取締役 千葉 太郎

印

個人の場合は、氏名を記入ください。（営業所名等は不要）

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 平成〇〇年 × 月 △△日 〇〇卸 × ×

許可証に記載されている有効期間の開始日を記入ください。

- 1 営業所の名称及び所在地
名称 株式会社ドーヤク 千葉営業所
所在地 千葉市花見川区三角町〇〇

現在の許可証に記載されている許可番号を記入ください。（前回の更新の後に書換えした場合は書換え後の番号となることに注意ください。）

- 2 営業所の構造設備の概要

主要部分に変更なし

最後に提出された変更届または更新申請の後、変更がないことを記入ください。

- 3 申請者（申請者が法人であるときは、その業務を行う役員を含む。）が法第5条第3号イからへまでに該当することの有無

該当しない

- 4 参考事項

担当者氏名 丹藤 作朗
連絡先 TEL (043) - 252 - 〇〇 × ×

許可申請等手続きを行う担当者を記入ください。

更新申請時に許可証の添付は不要です。許可証の期限が切れた後に新許可証を入れ替えて掲示し、旧許可証の返納をお願いします。