

様式 1

医薬品販売業者の資格審査申請書

平成 年 月 日

(宛先)

社会福祉法人^{恩賜}財団^{済生会}支部

奈良県済生会

支部長 今川 敦史 殿

(申請者)

所在地

名称

代表者

印

医薬品販売業者の資格審査を申請します。なお記載内容については事実と相違ないことを誓約します。

項	目	※ 病院（奈良・中和・御所）と直接取引を行う本社 又は支店・営業所等
名	称	
所	在	地
代	表	者 氏 名
設	立	年 月 日
管	理	薬 剤 師
従	業	員 数
物流センター又は薬品倉庫について		所在地
		構造
		延べ床面積
納品までの所要時間		奈良病院 分
		中和病院 分
		御所病院 分
本社等の当該病院に対する契約等の権限		

※ 奈良・中和・御所各病院に納入する支店・営業所が異なる場合、申請者名は、その2つ以上の支店・営業所を統括する者の名前とし、記載する内容は各病院別に1枚ずつ作成し、本申請書に添付すること。

奈良・中和・御所各病院へ納入する支店・営業所が異なる場合は下表の（ ）の欄に、納入先となる病院名を記入し、以下に納入する支店・営業所の内容を記載して下さい。

項 目	（ ）病院と直接取引を行う本社又は支店・営業所等	
名 称		
所 在 地		
代 表 者 氏 名		
設 立 年 月 日	年	月 日
管 理 薬 剤 師		
従 業 員 数	名	
物流センター又は薬品倉庫について	所在地	
	構造	
	延べ床面積	
納品までの所要時間	奈良病院	分
	中和病院	分
	御所病院	分
本社等の当該病院に対する契約等の権限		