

## 医薬品販売業者の資格審査申請書

年 月 日

(宛先)

社会福祉法人<sup>恩賜財団</sup>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	3 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	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		

※ 奈良・中和・御所各病院に納入する支店・営業所等が異なる場合、申請者名は、各病院に納入する全ての支店・営業所等を統括する者の名前とすること。

奈良・中和・御所各病院へ納入する支店・営業所等が異なる場合は納入先となる病院毎に、以下に納入する本社又は支店・営業所等を記載して下さい。

項 目	奈良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
本社等の当該病院に対する契約等の権限	

奈良・中和・御所各病院へ納入する支店・営業所等が異なる場合は納入先となる病院毎に、以下に納入する本社又は支店・営業所等を記載して下さい。

項 目	中和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	中和病院 分
本社等の当該病院に対する契約等の権限	

奈良・中和・御所各病院へ納入する支店・営業所等が異なる場合は納入先となる病院毎に、以下に納入する本社又は支店・営業所等を記載して下さい。

項	目	御所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
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		御所病院 分
本社等の当該病院に対する契約等の権限		