様式1

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 | **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 | 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 | **御所病院**　　　　　　　　　　　　　　　　　分 | |
| 本社等の当該病院に対する契約等の権限 | |  |