

卸売販売業許可申請書

■ 卸売販売業許可申請書とは

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34条第2項の規定により、卸売販売業の許可を受けようとする者が、その所在地の都道府県知事に提出するもの。

電子申請の方法

- 各保健所(部)の電子申請窓口をクリックすると、申請画面に進みます。(※1次ページ)

【東部保健所】卸売販売業許可申請書

入力状況

0%

大分県の「【東部保健所】卸売販売業許可申請書」のオンライン申請ページです。

【東部保健所】卸売販売業許可申請書

事前相談が必要です。卸売販売業の新規申請を保健所(部)に行います。許可証の受け取りは保健所窓口です。

Grafferアカウントを利用する方

ログインしていただくと、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。

新規登録またはログインして申請


または

Grafferアカウントを利用しない方

メールアドレスの確認のみで申請ができます。
一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

アカウント登録せずにメールで申請

 申請手続きの内容を確認してください。

 「新規登録またはログインして申請」をクリックしてください。

電子申請の方法

(※1)各保健所(部)の電子申請窓口

所轄区域	電子申請窓口
別府市、杵築市、日出町	東部保健所
国東市、姫島村	東部保健所国東保健部
臼杵市、津久見市	中部保健所
由布市	中部保健所由布保健部
佐伯市	南部保健所
豊後大野市、竹田市	豊肥保健所
日田市、九重町、玖珠町	西部保健所
中津市、宇佐市	北部保健所
豊後高田市	北部保健所豊後高田保健部

電子申請の方法

 **Graffer**
スマート申請

大分県 ログイン

Grafferアカウントをお持ちの方

[Grafferアカウント規約](#)  [プライバシーポリシー](#)  をお読みの
うえ、同意してログインしてください。

 **Googleでログイン**

 **LINEでログイン**

 **メールアドレスでログイン**

[ログイン方法について教えてください](#) 

[大分県のサービスにG Biz IDでログインする](#)

Grafferアカウントをお持ちでない方

Grafferアカウントに登録すると、申請書の一時保存や申請履歴の確認が
できます。アカウント登録は無料です。

新規アカウント登録

アカウント情報を入力してログインしてください。

電子申請の方法

卸売販売業許可申請書

入力の状況


0%

大分県の「卸売販売業許可申請書」のオンライン申請ページです。

卸売販売業許可申請書

事前相談が必要です。卸売販売業の新規申請を保健所（部）に行います。許可証の受け取りは保健所窓口です。

利用規約をご確認ください

[利用規約](#)  に同意して、申請に進んでください。

利用規約に同意する 必須

申請に進む

1. 利用規約を確認して同意するにチェックを入れてください。
2. 「申請に進む」をクリックしてください。

電子申請の方法

□個人の場合

申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

法人

氏名 必須

郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

住所 必須

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

メールアドレス 自動入力

入力フォームにそって申請者の情報を入力してください。

電子申請の方法

※法人の場合

申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

法人

🔍 法人を検索して自動入力する

法人の名称 必須

主たる事務所の所在地（郵便番号） 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

主たる事務所の所在地 必須

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

メールアドレス 自動入力

連絡担当者名 必須

申請内容に確認が必要な際に連絡することがあるため、担当者の氏名を入力してください

代表者の情報

法人代表者の職 必須

例：代表取締役等

法人代表者の氏名 必須

入力フォームにそって法人の情報を入力してください。

電子申請の方法

営業所について

営業所の名称 必須

営業所の所在地（郵便番号） 必須

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

営業所の所在地 必須

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

営業所の電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を、ハイフンなしの半角数字で入力してください。

入力フォームにそって営業所の情報を入力してください。

1 申請書

営業所の名称		TEL
営業所の所在地 〒		
営業所の構造設備の概要		
別紙のとおり		
医薬品の保管設備の面積		m ²
医薬品の取扱品目		
医薬品の取扱品目数		品目
フリガナ		免許証 照合欄
氏名		
住所 〒		男 生・ 女
週当たり勤務時間数		時間
資格の種類及び登録番号・登録年月日 種別		
薬剤師	番号：	
その他（	）	登録年月日
兼営事業の種類		
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先		
申請者 (法人に あつては、 薬事に関する 業務に責任を有する 役員を含む) の欠格 条項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があった日から2年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(6) 精神の機能の障害により卸売販売業者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(7) 卸売販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考		

電子申請の方法

入力フォーム

営業所の管理者について

管理者の氏名 必須

例：大分 太郎

管理者の氏名（カナ） 必須

例：オオイタ タロウ

管理者の生年月日 必須

和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

管理者の性別 必須

男性

女性

管理者の住所（郵便番号） 必須

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

管理者の住所 必須

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

1 申請書

営業所の名称		TEL	
営業所の所在地 〒			
営業所の構造設備の概要 別紙のとおり			
医薬品の保管設備の面積		m ²	
医薬品の取扱品目			
医薬品の取扱品目数		品目	
営業所の管理者	フリガナ 氏名	男 生・ 女	免許証 照合欄
	住所 〒		
	週当たり勤務時間数		時間
	資格の種類及び登録番号・登録年月日 種別	薬剤師 番号： その他（ ） 登録年月日	
兼営事業の種類			
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先			
申請者 （法人に あつては、 薬事に関する 業務に責任を有する 役員を含む）の欠格 条項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があった日から2年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(6) 精神の機能の障害により卸売販売業者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(7) 卸売販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考			

電子申請の方法

管理者の過当たりの勤務時間数 必須

半角数字で小数点第1位まで入力可能です。〇〇時間の〇〇部分のみ入力してください。

管理者資格の種別 必須

該当する種別を選択してください。

薬剤師

薬剤師以外

管理者資格が薬剤師の場合

薬剤師名簿登録番号 必須

薬剤師名簿登録年月日 必須


和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

管理者資格が薬剤師以外の場合

薬剤師以外の管理者の要件 必須

薬機法施行規則第154条のいずれに該当するかを入力してください。例：薬機法施行規則第154条第1項第1号のイ

1 申請書

営業所の名称		TEL	
営業所の所在地 〒			
営業所の構造設備の概要 別紙のとおり			
医薬品の保管設備の面積		m ²	
医薬品の取扱品目			
医薬品の取扱品目数		品目	
営業所の管理者	フリガナ 氏名	男 生・ 女	免許証 照合欄 
	住所 〒		
	週当たり勤務時間数	時間	
資格の種類及び登録番号・登録年月日 種別	薬剤師 番号： その他 () 登録年月日		
兼営事業の種類			
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先			
申請者 (法人に あつては、 薬事に関する 業務に責任を有する 役員を含む) の欠格 条項	(1)法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(2)法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(3)禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(4)法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があった日から2年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(6)精神の機能の障害により卸売販売業者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	(7)卸売販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
備考			

電子申請の方法

事業内容について

医薬品の保管設備の面積 必須

内法で測定した面積です。半角数字で小数点第1位まで入力可能です。〇〇平方メートルの〇〇部分のみ入力してください。

医薬品の取扱品目 必須

該当するものを選択してください。

全般的に取り扱う

第2類医薬品及び第3類医薬品

医薬品サンプル

医療用ガス類

歯科用医薬品

※選択後の詳細は次ページへ

1 申請書

営業所の名称		TEL
営業所の所在地 〒		
営業所の構造設備の概要 別紙のとおり		
医薬品の保管設備の面積	㎡	
医薬品の取扱品目		
医薬品の取扱品目数	品目	
フリガナ 氏名	男 生・ 女	免許証 照合欄
住所 〒		
週当たり勤務時間数	時間	
資格の種類及び登録番号・登録年月日 種別	薬剤師 番号： その他 () 登録年月日	
兼営事業の種類		
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先		
申請者 (法人に あつては、 薬事に関する 業務に責任を有する 役員を含む) の欠格 条項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があった日から2年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(6) 精神の機能の障害により卸売販売業者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(7) 卸売販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考		

電子申請の方法

「全般的に取り扱う」を選択した場合

医薬品の取扱品目数 必須

取扱予定品目数を半角数字で入力してください。〇〇品目の〇〇部分のみ入力してください。

兼営事業の種類 必須

当該営業所において卸売販売業以外の業務を併せ行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。

相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先 必須

ハイフンなしの半角数字で入力してください。

入力内容に不備があります。内容を確認してください。

入力フォームにそって情報を入力してください。

「全般的に取り扱う」以外を選択した場合

品目名称 必須

特定品目群のみ取り扱う場合には、頻繁に取り扱う医薬品の名称を入力してください。

医薬品の取扱品目数 必須

取扱予定品目数を半角数字で入力してください。〇〇品目の〇〇部分のみ入力してください。

兼営事業の種類 必須

当該営業所において卸売販売業以外の業務を併せ行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。

相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先 必須

ハイフンなしの半角数字で入力してください。


入力内容に不備があります。内容を確認してください。

下記事実の該当について(1) 必須

申請者の欠格条項について

法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者

なし

あり 

(1)の理由を入力してください。 必須

(1)において、許可を取り消された年月日を入力してください。 必須


----- 月 ----- 日

欠格条項に「該当あり」の場合は、内容について入力します。

下記事実の該当について(2) 必須

法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者

なし

あり 

(2)の理由を入力してください。 必須


(2)において、登録を取り消された年月日を入力してください。 必須

----- 月 ----- 日

下記事実の該当について(3) 必須

禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた後、3年を経過していない者

なし

あり 

罪名、刑について 必須

0/400

(3)において、刑の確定年月日を入力してください。 必須


----- 月 ----- 日

(3)において、執行が終わつた年月日を入力してください。 必須

執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を入力してください。

----- 月 ----- 日

1 申請書

営業所の名称		TEL
営業所の所在地 〒		
営業所の構造設備の概要 別紙のとおり		
医薬品の保管設備の面積		m ²
医薬品の取扱品目		
医薬品の取扱品目数		品目
フリガナ 氏名		免許証 照合欄 
住所 〒		
週当たり勤務時間数		時間
資格の種類及び登録番号・登録年月日 種別		
薬剤師 その他 ()	番号: 登録年月日	
兼営事業の種類		
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先		

申請者 (法人に あつては、 薬事に関する 業務に責任を 有する役員を 含む)の欠格 条項	(1)法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(2)法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3)禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた後、3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(4)法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(6)精神の機能の障害により卸売販売業者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(7)卸売販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

備考

電子申請の方法

下記事実の該当について(4) 必須

法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者

なし

あり

(4)において、違反の事実を入力してください。 必須

(4)において、違反した年月日を入力してください。 必須

----- 月 ----- 日

下記事実の該当について(5) 必須

麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者

なし

あり

下記事実の該当について(6) 必須

精神の機能の障害により卸売販売業者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者

なし

あり

精神機能障害に関する医師の診断書 必須

スキャンデータを添付してください。概ね申請前3ヵ月以内に診断されたもの。原本は現地確認時に提出していただきます。

ファイルを選択...

申請時はデータ提出とし、現地確認時に原本を提出してもらいます。

下記事実の該当について(7) 必須

卸売販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者

なし

あり

1 申請書

営業所の名称		TEL	
営業所の所在地 〒			
営業所の構造設備の概要 別紙のとおり			
医薬品の保管設備の面積		㎡	
医薬品の取扱品目			
医薬品の取扱品目数		品目	
営業所の管理者	フリガナ 氏名	男 生・ 女	免許証 照合欄
	住所 〒		
	週当たり勤務時間数	時間	
資格の種類及び登録番号・登録年月日 種別			
薬剤師		番号:	
その他 ()		登録年月日	
兼営事業の種類			
相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先			
申請者 (法人に あつては、 薬事に関する 業務に責任を有する 役員を含む) の欠格 条項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(3) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(6) 精神の機能の障害により卸売販売業者の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(7) 卸売販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
備考			

電子申請の方法

個人の場合の入力フォーム

営業所所在地見取図 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

↑ ファイルを選択…

営業所の構造設備の平面図 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

↑ ファイルを選択…

営業所の構造設備の概要 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

↑ ファイルを選択…

資格証明書 必須

上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。現地確認時に原本照合を行います。

↑ ファイルを選択…

雇用契約書の写し又は使用関係証明書 任意

上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。

↑ ファイルを選択…

その他の添付書類 任意

その他添付書類について添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。

↑ ファイルを選択…

申請時はデータ提出とし、現地確認時に原本を提出してもらいます。

添付書類はデータファイルで提出してもらいます。

法人の場合の入力フォーム

営業所所在地見取図 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

↑ ファイルを選択…

営業所の構造設備の平面図 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

↑ ファイルを選択…

営業所の構造設備の概要 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

↑ ファイルを選択…

登記事項証明書 必須

上記について、データファイル等を添付してください。原本は現地確認時に提出していただきます。

↑ ファイルを選択…

資格証明書 必須

上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。現地確認時に原本照合を行います。

↑ ファイルを選択…

雇用契約書の写し又は使用関係証明書 任意

上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。

↑ ファイルを選択…

その他の添付書類 任意

その他添付書類について添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。

↑ ファイルを選択…

申請時はデータ提出とし、現地確認時に原本を提出してもらいます。

申請時はデータ提出とし、現地確認時に原本照合を行います。

電子申請の方法

確認事項

原本提出について 必須

以下の書類は現地確認時に原本提出が必要です。提出の必要がない場合にも確認のうえ、チェックをしてください。

登記事項証明書（法人の場合のみ）

診断書（欠格条項6に該当する恐れがある場合のみ）

原本照合について 必須

以下の書類は現地確認時に原本照合を行います。確認のうえ、チェックをしてください。

資格証明書

原本提出と原本照合が必要な書類について、再度確認してもらいます。

電子申請の方法

備考

備考 任意

「サンプル卸」や「特定品目卸」の場合はその旨を記載してください。

手数料は電子申請の内容確認後に
保健所から支払依頼を行います。

手数料について

手数料 必須

手数料をご確認ください。お支払いについては別途通知させていただきます。

29,000円

手数料の支払いについて

受付職員が申請内容を確認後、手数料納付依頼を登録メールあてに通知します。内容を確認後、支払いをお願いします。

電子申請の方法

入力状況 100%

申請内容の確認

申請者の情報

申請者の種別 必須

法人 [編集](#)

法人名称 必須

株式会社やくむ [編集](#)

郵便番号 必須

8708501 [編集](#)

主たる事務所の所在地 必須

大分県大分市大手町 [編集](#)

電話番号 必須

097-506-2650 [編集](#)

この内容で申請する

1. すべての入力が終了すると、申請内容の確認画面に移ります。内容に間違いがないかを確認してください。
 2. 間違いがなければ「この内容で申請する」をクリックしてください。
- 電子申請の入力は以上で終了です。

電子申請後について

1. 「申請受付」の通知が届きますので確認してください。
2. 保健所で受付後、手数料支払い依頼の通知がメールが届きますので支払いをお願いします。
3. 許可証は保健所(部)窓口で交付します。