

의약품 도매상 허가신청서

접수번호	접수일자	발급일자	처리기간	7일
신청인	성명	생년월일		
	영업소의 명칭	전화번호		
		전자우편		
	영업종별	법인등록번호(법인인 경우만 해당합니다)		
	영업소의 소재지			
	창고의 소재지			
수탁자 (해당 업소)	영업소의 명칭	허가번호		
	창고의 소재지			
자본금 또는 자본평가액				
도매업무 관리자	성명	면허 또는 자격의 종류		
	생년월일			
도매업무 관리자	성명	면허 또는 자격의 종류		
	생년월일			
도매업무 관리자	성명	면허 또는 자격의 종류		
	생년월일			
보관시설				

「약사법」 제45조제1항 및 같은 법 시행규칙 제36조제1항에 따라 위와 같이 의약품 도매상 허가를 신청합니다.

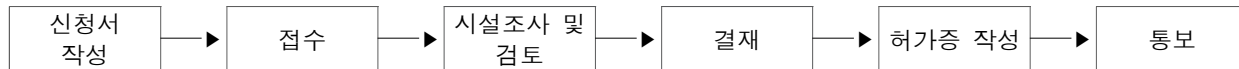
년 월 일
(서명 또는 인)

신청인
담당자 성명·전화번호

시장·군수·구청장 귀하

신청인(대표자) 제출서류	1. 정관(법인인 경우에만 제출합니다) 2. 대표자가 법 제5조제1호 본문에 해당되는 사람이 아님을 증명하는 의사의 진단서 또는 같은 호 단서에 해당하는 사람임을 증명하는 전문의 진단서 및 같은 조 제3호에 해당되는 사람이 아님을 증명하는 의사의 진단서 1부 3. 도매업무관리자의 자격을 확인할 수 있는 서류 4. 법인인 경우 재무상태표(개인인 경우 영업용 자본액 명세서) 5. 기업진단서 6. 운반용 차량 등 장비보유현황 7. 유통관리업무 위탁계약서(위탁한 경우에만 제출합니다) 8. 고압가스판매업 허가증 사본 또는 방사성동위원소판매업 허가증 사본(의료용 고압가스 또는 방사성 의약품 판매를 위하여 의약품 도매상 허가를 받으려는 경우에만 제출합니다)	수수료 20,000원
담당 공무원 확인사항	법인 등기사항증명서	

처리절차



신청인

처리기관: 시·군·구

210mm×297mm[일반용지 60g/㎡(재활용품)]