

様式第七十六（第百三十九条関係）

店 舗 販 売 業 許 可 申 請 書

店 舗 の 名 称	(TEL : FAX :)		
店 舗 の 所 在 地			
店 舗 の 構 造 設 備 の 概 要	別 紙 の と お り		
医 薬 品 の 販 売 又 は 授 与 を 行 う 体 制 の 概 要	別 紙 の と お り		
(法 人 に あ っ て は) 薬 事 に 関 する 業 務 に 責 任 を 有 す る 役 員 の 氏 名	別 紙 の と お り		
通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間			
相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先			
特 定 販 売 の 実 施 の 有 無	有 ・ 無		
申 請 者 (法 人 に あ っ て は 薬 事 に 関 する 業 務 に 関 する 役 員 を 有 す る 者 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	
	(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	
	(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	
	(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	
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	
	(6)	精神の機能の障害により店舗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	
	(7)	店舗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	
備 考			

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

（あて先）浜松市保健所長

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 店舗の構造設備の概要欄にその記載事項のすべてを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要欄にその記載事項のすべてを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 相談時及び緊急時の連絡先欄には、原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。
- 6 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。

(添付書類等)

- 1 店舗の平面図 2 毒薬庫の立体図、冷暗所（冷蔵庫）の立体図 3 付近の見取図
- 4 登記事項証明書（申請者が法人の場合）
- 5 店舗管理者の薬剤師免許証又は販売従事登録証（本物とコピー）
- 6 雇用証書（申請者が管理者となる場合は、勤務日数、勤務時間、自宅住所を備考欄に記入）
- 7 手数料（¥29,000）
- 8 店舗管理者以外の薬剤師又は登録販売者についての5及び6
- 9 以下の事項を記載した文書
 - ・管理者、勤務薬剤師、登録販売者の氏名、住所、登録番号、登録年月日
 - ・要指導又は一般用医薬品を販売する時間、要指導医薬品を販売する時間、第1類医薬品を販売する時間
 - ・店頭販売する医薬品の区分（要指導医薬品、第一類医薬品、指定第二類医薬品、第二類医薬品、第三類医薬品の別）
 - ・その他の業務の種類
 - ・通信手段、医薬品の区分、営業時間、別店舗名称、HP アドレス、HP 概要、監督必要設備概要（特定販売する場合）

○ 管理者及びその他の薬剤師又は登録販売者に関する事項

店舗管理者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数	時間		
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
その他の 薬剤師 又は 登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数	時間		
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数	時間		
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数	時間		
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数	時間		
種別	薬剤師 ・ 登録販売者			
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	

○ 実店舗を開店し、対面により販売・授与等を行う時間等（特定販売のみを行う時間は除く）

要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する時間	
要指導医薬品を販売する時間	
第1類医薬品を販売する時間	
対面により販売又は授与する医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 要指導医薬品(スイッチ直後 OTC 薬、毒薬劇薬)
	(一般用医薬品) <input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品
兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 毒物及び劇物販売業 <input type="checkbox"/> その他()
備考	

○ 特定販売に関わる事項（特定販売を実施する場合のみ記載すること）

特定販売を行う医薬品の区分		<input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品
特定販売に使用する通信手段		<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> その他()
特定販売を行う時間		
特定販売のみを行う時間の有無		<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
薬局の正式名称と異なる場合	広告に表示する名称	
特定販売のみを行う時間がある場合	特定販売を監督するために必要な設備の概要	<input type="checkbox"/> デジタルカメラ+インターネット(メール)+電話 メールアドレス: 電話番号:
インターネット販売を行う場合	主たるホームページアドレス①	http:// パスワードが必要な場合 ID: パスワード:
	主たるホームページの構成概要① (※1)	別紙のとおり
	主たるホームページアドレス②	http:// パスワードが必要な場合 ID: パスワード:
	主たるホームページの構成概要②	別紙のとおり
備	考	

※1 主たるホームページの構成概要について

- ・ホームページでの医薬品の表示内容や表示すべき事項の表示の状況等が分かるようなホームページのイメージ等の書類を添付すること。
- ・複数のホームページを開設している場合には、それら全てについて関連する書類を添付すること。
- ・カタログ等を用いて特定販売を行う場合においても、その概要が分かる資料を添付すること。