

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	〇〇〇薬品 (TEL : 000-0000 FAX : 000-0000)		
店舗の所在地	浜松市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号		
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		
(法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の名	〇〇〇〇、△△△△、□□□□		
通常の営業日及び営業時間	月～金 AM〇: 〇〇～PM〇: 〇〇 土日祝休		
相談時及び緊急時の連絡先	053-〇〇〇-〇〇〇		
特定販売の実施の有無	有 ・ 無		
申請者に責任を有する役員(法人にあつては薬事に関する業務に欠格条項を含む)の氏名	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(3)	拘禁刑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	全員なし
	(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	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
備考	法人申請時に責任を有する役員が複数名存在する場合は「全員なし」と記入する(個人開設の場合は「なし」と記入)「#」は不可 上記により、店舗販売業の許可を申請します。 〇〇年 〇〇月 〇〇日		

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

浜松市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社 〇〇〇〇

代表取締役 〇〇〇〇

開設者の住所・氏名を記入する

(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（¥29,600）
- 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）
 - ・ 指定濫用防止医薬品を取り扱う店舗は、指定濫用防止医薬品の陳列場所、指定濫用防止医薬品を陳列するために必要な設備の概要
 - ・ 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）
- 10 組織規定図又は業務分掌表 等（法人の場合、責任を有する役員を確定すること）

○ 管理者及びその他の薬剤師又は登録販売者に関わる事項

店 管 理 の 者	氏 名	浜松 一郎		
	住 所	浜松市〇区〇—△—□		
	週当たり勤務時間数	40時間		
	種 別	薬 剤 師 ・ <u>登録販売者</u>		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第13-〇〇-△△△△△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 〇〇年〇〇月〇〇日
そ の 他 の 薬 剤 師 又 は 登 録 販 売 者	氏 名	浜松 次郎		
	住 所	浜松市〇区〇—△—□		
	週当たり勤務時間数	40時間		
	種 別	薬 剤 師 ・ <u>登録販売者</u>		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第13-〇〇-△△△△△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 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏 名	浜松 三郎		
	住 所	浜松市〇区〇—△—□		
	週当たり勤務時間数	20時間		
	種 別	<u>薬 剤 師</u> ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	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 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏 名	浜松 四郎		
	住 所	浜松市〇区〇—△—□		
	週当たり勤務時間数	8時間		
	種 別	<u>薬 剤 師</u> ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	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 〇〇年〇〇月〇〇日
氏 名	浜松 五郎			
住 所	浜松市〇区〇—△—□			
週当たり勤務時間数	16時間			
種 別	<u>薬 剤 師</u> ・ 登録販売者			
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	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 〇〇年〇〇月〇〇日	

○ 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	月～金 9:00～19:00
要指導医薬品を販売する時間	月～金 9:00～17:00
第1類医薬品を販売する時間	月～金 9:00～17:00
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 checked="" type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第三類医薬品
指定濫用防止医薬品の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無
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	

