

## 店舗販売業許可申請書

店舗の名称	〇〇ドラッグ △△店		
店舗の所在地	〇〇市 △△町 □丁 □番 □号		
店舗の構造設備の概要	別紙、構造設備の概要のとおり		
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙、店舗体制省令への適合を示す書類のとおり		
(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氏名	別紙、業務分掌表のとおり		指針と手順書を添付してください。
通常の営業日及び営業時間	月～金 10:00～20:00 土 10:00～18:00		
相談時及び緊急時の連絡先	電話番号 073-〇〇〇-××△△ メールアドレス〇〇@□□.ne.jp		
特定販売の実施の有無	有 ・ 無		
申請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する条項を含む)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	なし(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	なし(全員なし)
	(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	なし(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	なし(全員なし)
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし(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	なし(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	なし(全員なし)
備考	<input type="checkbox"/> 管理医療機器販売業・貸与業(特定・特定以外)		

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和 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)

TEL

担当者

和歌山市保健所長 様

# 店舗の構造設備の概要書

[店舗販売業]

面積	店舗全体	医薬品の販売を行う場所			
	〇〇 m <sup>2</sup>	×× m <sup>2</sup>			
換気の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 窓 出入口より 通風器 その他 ( )				
居住場所・不潔な場所 その他の場所との区別	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無				
天井の材質	板張り <input checked="" type="checkbox"/> コンクリート テックス その他 ( )				
床の材質	板張り <input checked="" type="checkbox"/> コンクリート その他 ( )				
明るさ	蛍光灯	W	個		
	普通電灯	W	個		
冷暗貯蔵設備	設置場所	構造	大きさ		
	[ 店内 ]	[ 電気冷蔵庫 ]	[ 〇〇リットル ]		
かぎのかかる貯蔵設備	設置場所	構造	大きさ		
	[ 店内 ]	[ スチール製引出し ]	たて	よこ	高さ
			[ 〇m ]	[ ×m ]	[ □m ]
販売・授与する医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第二类医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第二类医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第三類医薬品				
要指導医薬品の陳列設備の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (閉鎖設備の有無 有 ・ 無 )				
第一類医薬品の陳列設備の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 (閉鎖設備の有無 有 ・ 無 )				
医薬品販売を行わない時間帯における陳列・交付場所の閉鎖	無 ( ) ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (閉鎖設備 )				
情報提供の設備の数	〇 箇所    設置状況				
医薬品の保管設備 (倉庫等)の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ 有 ( m <sup>2</sup> )				
店舗の 名称		申請者 の氏名		店舗の 所在地	

# 雇用（使用）関係証明書

事業主 〇〇株式会社 は、店舗管理者 〇〇株式会社 と雇用（使用）関係にあることを証明します。

なお、事業主は店舗管理者に、常勤のうえ店舗を実地に管理させることを誓約します。

年 月 日

事業主

住所 〇〇市△△町□丁□番□号

氏名 〇〇株式会社

代表取締役〇〇 △△

店舗管理者（薬剤師 ・ 登録販売者）

住所 〇〇市△△町□丁□番□号

氏名 和歌山 太郎

和歌山市保健所長 様



