

## 店舗販売業許可申請書

店 舗 の 名 称			
店 舗 の 所 在 地			
店 舗 の 構 造 設 備 の 概 要			
医 薬 品 の 販 売 又 は 授 与 を 行 う 体 制 の 概 要			
( 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			
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	
項 務 申 請 者 ( 法 人 に あ つ て は 、 薬 事 に 関 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	
	(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)	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	
	(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	<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

(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全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)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つ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。

# 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			
	m <sup>2</sup>	m <sup>2</sup>			
換気の状況	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	有 ・ 無				
天井の材質	板張り コンクリート テックス その他 ( )				
床の材質	板張り コンクリート その他 ( )				
明るさ	医薬品陳列・交付場所：60 lx <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
冷暗貯蔵設備	設置場所	構造	大きさ		
	[ ]	[ ]	[ ]		
かぎのかかる貯蔵設備	設置場所	構造	大きさ		
	[ ]	[ ]	たて よこ 高さ [ ]		
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 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 (特定要指導医薬品の取扱いの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) (指定濫用防止医薬品の取扱いの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
要指導医薬品の陳列設備の有無	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	無 ・ 有 (閉鎖設備の有無 有 ・ 無)				
指定濫用防止医薬品の陳列設備の有無	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 ( ) ・ 有 (閉鎖設備 ( ))				
情報提供の設備の数	箇所 設置状況				
医薬品の保管設備 (倉庫等)の有無	無 ・ 有 ( m <sup>2</sup> )				
店舗の 名称		申請者 の氏名		店舗の 所在地	

店 舗 の 平 面 図

店舗の  
名 称

申請者  
の氏名

店舗の  
所在地





## 薬剤師または登録販売者の一覧表

### 1 管理者

氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間		
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者）		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第                      号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年    月    日

### 2 その他の資格者

氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間		
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者）		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第                      号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年    月    日
氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間		
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者）		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第                      号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年    月    日
氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間		
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者）		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第                      号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年    月    日

