様式第七十六（第百三十九条関係）

医薬品販売業許可申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 店舗の名称 | | | |  | |
| 店舗の所在地 | | | |  | |
| 店舗の構造設備の概要 | | | | 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 | |
| 申請者（法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む）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) | 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 | | | | | |
| 店舗において販売し、又は  授与する医薬品の区分 | | | □要指導医薬品　□第1類医薬品  □指定第2類医薬品　□第2類医薬品　□第3類医薬品 | | |
| 兼営事業の種類 | | | □医薬部外品・化粧品の販売　　□毒物劇物販売業  □高度管理医療機器等販売業　　□管理医療機器販売業  □一般医療機器販売業　　□卸売販売業 | | |
| 冷暗貯蔵医薬品及び  毒薬の取り扱い | | | □冷暗貯蔵が必要な医薬品は取り扱わない  □毒薬は取り扱わない | | |
| 店舗の電話番号及びFAX番号 | | | 電話：　　　　　　　　　　FAX： | | |
| 添付書類の省略 | | | □登記事項証明書　□その他（　　　　　　　　　　）  施設名称：　　　　　　　許可番号等：  提出年月日： | | |
| その他 | | | □店舗管理者は薬剤師法第8条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令（再教育研修命令）を受けた者でない。  ・管理者の前職歴：管理者経験　有（　　　　　　　　　　）・無    申請担当者【氏名：　　　　　連絡先：　　　　　　　　　　　】 | | |

　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

（宛先）東大阪市長