

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		
店 舗 に お い て 販 売 し 、 又 は 授 与 す る 医 薬 品 の 区 分	<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品	
兼 営 事 業 の 種 類	<input type="checkbox"/> 医薬部外品・化粧品の販売 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業 <input type="checkbox"/> 管理医療機器販売業 <input type="checkbox"/> 一般医療機器販売業 <input type="checkbox"/> 卸売販売業	
冷 暗 貯 蔵 医 薬 品 及 び 毒 薬 の 取 り 扱 い	<input type="checkbox"/> 冷暗貯蔵が必要な医薬品は取り扱わない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） 施設名称： _____ 許可番号等： _____ 提出年月日： _____	
そ の 他	<input type="checkbox"/> 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