

様式第七十六（第百三十九条関係）：店舗販売業許可申請書 記載例

医薬品販売業許可申請書

| | | | | |
|--|--|--|----|------|
| 店舗の名称 | 〇〇薬店 | | | |
| 店舗の所在地 | 東大阪市〇〇町〇丁目△番〇号 〇〇ビル1階 | | | |
| 店舗の構造設備の概要 | 別紙のとおり | ビルの場合はビル名と階数を記載 | | |
| 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 | 〇〇 〇〇、△△ △△ | 代表取締役(代表執行役)は全ての業務の決定権があるため、全員が責任役員となります。 | | |
| 通常の営業日及び営業時間 | 月～金 〇時～△時、土 〇時～□時、日祝定休日 | | | |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | 090-XXXX-XXXX | 緊急時に連絡のとれる電話番号等を記載。 | | |
| 特定販売の実施の有無 | 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 | 該当する箇所を○で囲む。 | | |
| 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 | 当該事実がないとき、個人の場合は「なし」、法人の場合で責任を有する役員が複数いる場合は「全員なし」と記載。あるときは、(1)及び(2)にあつてはその理由及び年月日を、(3)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)にあつてはその違反の事実及び年月日を記載。(6)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。 | の日 | 全員なし |
| | (2) 法第75条の2第1項の規定から3年を経過していない者 | | るこ | 全員なし |
| | (3) 禁錮以上の刑に処せられた後、3年 | | に | 全員なし |
| | (4) 法、麻薬及び向精神薬取する法令で政令で定める違反行為があつた日から | | 関 | 全員なし |
| | (5) 麻薬、大麻、あへん又は | | の | 全員なし |
| | (6) 精神の機能の障害により | | 当 | 全員なし |
| | (7) 店舗販売業者の業務を通すると認められない者 | | たい | 全員なし |
| 備 考 | | | | |
| 店舗において販売し、又は授与する医薬品の区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品 | | | |
| 兼営事業の種類 | <input checked="" type="checkbox"/> 医薬部外品・化粧品の販売 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input checked="" type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 冷暗貯蔵が必要な医薬品は取り扱わない <input checked="" 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：072-XXXX-XXXX、 FAX：072-XXXX-XXXX | | | |
| 添付書類の省略 | <input checked="" type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他() 施設名称：□□薬店△ 許可番号等：第薬局-xxxx号 提出年月日：〇〇年〇月〇日付け□□申請時に添付 | | | |
| その他 | <input checked="" 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(□□薬店にて管理者で勤務)・無 申請担当者【氏名：□□課 〇〇 連絡先：090-XXXX-XXXX】 | | | |

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

年 月 日 ← 窓口へ提出した日を記載

この申請に関する担当者名及び連絡先を記載

個人の場合は現住所及び個人名を記載。
法人の場合は登記された本社の所在地、商号及び代表者の役職名、氏名を記載。

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)

東大阪市〇〇町〇丁目△番〇号

〇〇株式会社
代表取締役 〇〇 〇〇

(宛先) 東大阪市長