

店舗販売業許可申請書

|   |     |  |
|---|-----|--|
| 店舗の名称                                       |     |  |
| 店舗の所在地                                      |     | 東京都大田区   |
| 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                                |     | 電話 其他  |
| 特定販売の実施の有無                                  |     | 有 ・ 無  |
| 格条項<br>る申請者（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 | (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  |     |  |

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)

担当者連絡先：

大田区保健所長 殿

|        |       |                    |
|--------|-------|--------------------|
| 保健所收受印 | 料金収納印 | 業種別手数料             |
|        |       | 店舗販売業新規<br>34,100円 |

(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)欄及び(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<br>管<br>理<br>者  | 氏名                      |           |                           |                   |
|   | 住所                      |           |                           |                   |
|   | 週当たり勤務時間数               | 時間        |                           |                   |
|   | 種別                      | 薬剤師・登録販売者 |                           |                   |
|   | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 号       | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| そ<br>の<br>他<br>の<br>薬<br>剤<br>師<br>又<br>は<br>登<br>録<br>販<br>売<br>者  | 氏名                      |           |                           |                   |
|   | 住所                      |           |                           |                   |
|   | 週当たり勤務時間数               | 時間        |                           |                   |
|   | 種別                      | 薬剤師・登録販売者 |                           |                   |
|   | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 号       | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
|   | 氏名                      |           |                           |                   |
|   | 住所                      |           |                           |                   |
|   | 週当たり勤務時間数               | 時間        |                           |                   |
|   | 種別                      | 薬剤師・登録販売者 |                           |                   |
|   | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 号       | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 以下、別紙のとおり   |                         |           |                           |                   |
| 兼営事業の種類   |                         |           |                           |                   |
| 1 要指導医薬品  |                         |           |                           |                   |
| 販売又は授与する医薬品の区分<br>(一般用医薬品) 2 第一類医薬品 3 指定第二類医薬品<br>4 第二類医薬品 5 第三類医薬品 |                         |           |                           |                   |
| 備考  |                         |           |                           |                   |

(注意) 特定販売を行う場合は、以下についても記載すること。

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| 特<br>定<br>販<br>売 | 特定販売を行う医薬品の区分                             | イ 第一類医薬品    ロ 指定第二類医薬品    ハ 第二類医薬品<br>ニ 第三類医薬品 |
|                  | 広告に表示する名称<br>(店舗の正式名称と異なる場合)              |  |
|                  | 使用する通信手段                                  |  |
|                  | 主たるホームページアドレス<br>(インターネット広告を行う場合) ※       |  |
|                  | 主たるホームページの構成概要<br>(インターネット広告を行う場合)        |  |
|                  | (1) 特定販売を行う時間                             |  |
|                  | (2) 特定販売のみを行う時間<br>がある場合その時間              |  |
|                  | (3) 特定販売を監督するた<br>めに必要な設備の概<br>要(2)がある場合) |  |
|                  | 備考  |  |

※ 複数のホームページを開設している場合は、全ての主たるホームページアドレスを記載してください。

別紙

その他の薬剤師又は登録販売者

|   |                         |             |                           |                   |
|---|-------------------------|-------------|---------------------------|-------------------|
| 1 | 氏名                      |             |                           |                   |
|   | 住所                      |             |                           |                   |
|   | 週当たり勤務時間数               | 時間          |                           |                   |
|   | 種別                      | 薬剤師 ・ 登録販売者 |                           |                   |
|   | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 号         | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 2 | 氏名                      |             |                           |                   |
|   | 住所                      |             |                           |                   |
|   | 週当たり勤務時間数               | 時間          |                           |                   |
|   | 種別                      | 薬剤師 ・ 登録販売者 |                           |                   |
|   | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 号         | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 3 | 氏名                      |             |                           |                   |
|   | 住所                      |             |                           |                   |
|   | 週当たり勤務時間数               | 時間          |                           |                   |
|   | 種別                      | 薬剤師 ・ 登録販売者 |                           |                   |
|   | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 号         | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 4 | 氏名                      |             |                           |                   |
|   | 住所                      |             |                           |                   |
|   | 週当たり勤務時間数               | 時間          |                           |                   |
|   | 種別                      | 薬剤師 ・ 登録販売者 |                           |                   |
|   | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 号         | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 5 | 氏名                      |             |                           |                   |
|   | 住所                      |             |                           |                   |
|   | 週当たり勤務時間数               | 時間          |                           |                   |
|   | 種別                      | 薬剤師 ・ 登録販売者 |                           |                   |
|   | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 号         | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 6 | 氏名                      |             |                           |                   |
|   | 住所                      |             |                           |                   |
|   | 週当たり勤務時間数               | 時間          |                           |                   |
|   | 種別                      | 薬剤師 ・ 登録販売者 |                           |                   |
|   | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 号         | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |