手数料：￥29,000

様式第七十六（第百三十九条関係）

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 |
| 業務に責任を有する役員を含む。）の欠格条項申請者（法人にあつては、薬事に関する | (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。

　　　　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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　四日市市保健所長　　 | 　　殿 |

　（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。

薬局等の管理者等に係る事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬局　　　店舗　　　　　　の管理者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 薬剤師名簿登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日 |  |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬　剤　師　　　　・　　　　登録販売者 |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬　剤　師　　　　・　　　　登録販売者 |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬　剤　師　　　　・　　　　登録販売者 |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬　剤　師　　　　・　　　　登録販売者 |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 |  | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  |

|  |
| --- |
| 店舗の平面図 |
|  |
| ＊　ア　店舗の面積が算定できるように内寸法を記入してください。（単位ｍ）　　イ　かぎのかかる貯蔵設備、冷暗貯蔵設備を明示すること。　　ウ　医薬品を販売するための陳列棚、陳列ケースを明示すること。　　エ　店舗の出入口、住居との区画がよくわかるように記入してください。　　オ　第１類医薬品を販売する場合は、第1類医薬品陳列区画を明示してください。購入者の手の届かない場所に陳列するか、鍵のかかる場所に保管すること。カ　相談カウンター等の情報を提供するための設備を明示してください。指定第2類医薬品を販売する場合は陳列設備から7メートルの範囲内にあることがわかるよう記載してください。キ　店舗に専用のレジを設けること。 |
| 店舗販売業の構造設備等の概要 |
| 1 店舗（試験室を除く） |  | 　　　　　　　　　　　　　㎡ |
|  |  板張り　・　コンクリート　・　その他（ ） |
|  |  板張り　・　コンクリート　・　その他（ ） |
|  | 　　蛍光灯・白熱灯　　　　　　Ｗ　　　　　個 |
| 閉鎖の方法 |  |
| ２ 設備 | 冷暗貯蔵設備 | 　有・無（冷暗貯蔵が必要な医薬品の取扱い無し） |
| かぎのかかる貯蔵設備 | 　有・無（毒薬を取り扱い無し） |
| 情報提供のための設備 | 　 |
| ４ 兼営事業の種類 |  |
| ５　販売する医薬品の区分 | * 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（指定第２類医薬品を除く。）
* 第３類医薬品
 |
| ６　要指導医薬品の取扱い | 陳列設備 | □ 要指導医薬品陳列区画□ かぎをかけた陳列設備□ その他購入者が手の触れられない陳列設備（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 要指導医薬品を販売しない時間帯がある場合の閉鎖方法 |  |
| ７ 第１類医薬品の取扱い |  | □ 第１類医薬品陳列区画□ かぎをかけた陳列設備□ その他購入者が手の触れられない陳列設備（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 第１類医薬品を販売しない時間帯がある場合の閉鎖方法 |  |
| ８ 一般用医薬品の取扱い | 一般用医薬品を販売しない時間帯がある場合の閉鎖方法 |  |
| ９　情報提供のための設備 | 要指導医薬品 | 要指導医薬品陳列区画（　内部　・　近接する場所　） |
| 第１類医薬品 | 第１類医薬品陳列区画（　内部　・　近接する場所　） |
| 指定第２類医薬品 |  ７メートル以内・かぎのかかる陳列設備・その他 |
| 複数階の陳列 |   |

特定販売の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 特定販売を行う際に使用する通信手段 | □インターネット□電話□カタログ□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 特定販売を行う医薬品の区分 | □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　□薬局製造販売医薬品 |
| 特定販売を行う時間及び営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合の時間（いずれかに☑してください。） | 特定販売を行う時間：特定販売のみを行う時間： |
| 特定販売の広告に許可証の薬局（店舗）名称と異なる名称を表示する場合はその名称 |  |
| 特定販売を行うことについてインターネットを利用して広告をするときは主たるホームページアドレス及び主たるホームページの構成の概要 | ・主たるホームページのアドレス　・主たるホームページの構成の概要 |
| 特定販売のみを行う時間がある場合は都道府県知事等による適切な監督を行うために必要な設備の概要 |  |

（注意）

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，別紙を添付してください。

（管理者用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 甲 | 開設者（申請者） |  | 〒 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 乙 | 店舗管理者 |  | 〒 |
|  |  |
| 資格種別 | 　薬剤師　・　登録販売者 |

１　乙は、甲の店舗で、店舗管理者として勤務することを承諾する。

２　乙は、甲の店舗以外の場所で薬局等の管理、薬事に関する実務に従事しないことを誓約する。

３　乙の勤務時間は、　　　　時から　　　　時までとする。

４　乙の休日は、　　　　　　　　　　　　　とする。

上記のとおり証明する。

　　　年　　　月　　　日

住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

甲

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

住　所

乙

氏　名

（管理者以外の薬剤師又は登録販売者用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 甲 | 開設者（申請者） |  | 〒 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 乙 | 又は登録販売者 |  | 〒 |
|  |  |
| 資格種別 | 　　薬剤師　・　登録販売者 |

１　乙は、甲の薬局（店舗）で、管理者以外の薬事に関する実務に従事する　薬剤師・登録販売者として、勤務することを承諾する。

２　乙の勤務時間は、　　　　時から　　　　時までとする。

３　乙の休日は、　　　　　　　　　　　　　とする。

上記のとおり証明する。

　　　年　　　月　　　日

住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

甲

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

住　所

乙

氏　名

付近の見取り図

* 申請に係る薬局（店舗）の位置が判るように付近の地図を記載してください。