様式第七十六

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) | 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 | 　 |

　　　　上記により、店舗販売業の許可を申請します。

　年　　月　　日

住　所

 　　　　　　　　　（法人にあっては、

主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

 　　　 　　　　　　 （法人にあっては、

名称及び代表者の氏名）

　下関市立下関保健所長　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 店舗の管理者 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 |  |

○ 通常の営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 店舗の営業日及び営業時間 | 営業時間の１週間の総和（　　　　時間/週） |
| 店舗の開店日及び 開店時間 | 開店時間の１週間の総和（　　　　時間/週） |
| 要指導医薬品又は一般用医薬品の販売等の開店時間 | 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間の１週間の総和（　　　時間/週） |
| 要指導医薬品の販売等の開店日及び開店時間 | 要指導医薬品を販売等する開店時間の１週間の総和（　　　　時間/週） |
| 一般用医薬品の販売等の開店日及び開店時間 | 一般用医薬品を販売等する開店時間の１週間の総和（　　　時間/週） |
| 第一類医薬品の販売等の開店日及び開店時間 | 第一類医薬品を販売等する開店時間の１週間の総和（　　　時間/週） |

* 医薬品販売業等の兼営事業の種類

|  |  |
| --- | --- |
| 医薬品販売業等兼営事業の種類 | □　要指導医薬品□　第一類医薬品□　指定第二類医薬品□　第二類医薬品（指定第二類医薬品を除く。）□　第三類医薬品□　高度管理医療機器等販売業・貸与業□　管理医療機器販売業・貸与業□　再生医療等製品の販売業□　医薬部外品□　化粧品 |

* 特定販売の状況

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | □　第一類医薬品□　指定第二類医薬品□　第二類医薬品（指定第二類医薬品を除く。）□　第三類医薬品 |
| 特定販売のみを行う営業時間の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 特定販売のみを行う営業日及び営業時間 | 特定販売のみを行う営業時間がある場合のみ |
| 特定販売の実施方法に関する適切な監督に必要な設備の概要 | 特定販売のみを行う営業時間がある場合のみ |
| 特定販売を行うことに関する広告等に表示する薬局等名称 | □　申請店舗等の名称と同じ□　申請店舗等の名称と異なる異なる場合はその名称 |
| 特定販売を行うことに関してインターネットを利用して広告を行う場合の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（当該ホームページの必要なパスワード等がある場合にはそのパスワード等も併せて記載すること。）・主たるホームページの構成の概要 |

雇用証明書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

　　　年　　月　　日

雇用者　　住所

　　　　　法人にあっては主たる

　　　　　　　事務所所在地

　　　　　　氏名

　　　　　法人にあっては、名称

　　　　　　　及び代表者の氏名

被雇用者　住所

　　　　　　氏名

記

１業務

２勤務場所

３勤務時間　　　午前　　　時　　　分　～午後　　　時　　分

４勤務日　　　　週　　　日（　　　曜日から　　曜日まで）