

店舗販売業許可申請書

店 舗 の 名 称		
店 舗 の 所 在 地		電話 —
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 っ 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 (責任を有する役員を含む。) 責任を有する役員は、薬事に関する業務に 関する業務に	(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	兼営事業の種類 ・ 管理医療機器販売 (する ・ しない) 貸与 (する ・ しない) 取扱品目 (医療機関向け管理医療機器・補聴器・家庭用電気治療器・プログラム 検体測定室における検査用医療機器・家庭用管理医療機器) ・ その他 () 電話番号 () —	

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)

豊田市保健所長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 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。
- 4 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っ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
- 5 店舗の構造設備の概要は、構造設備概要仕様書に記載して添付すること。
- 6 備考欄には、兼営事業の種類において、管理医療機器の販売業又は貸与業をする意思がある場合は、「する」に○を付し、意思がない場合は、「しない」に○を付すこと。「する」に○を付した場合、管理者の種別に応じ、取扱い品目に○を付すこと。その他の業務（例：医薬品製造業、毒物劇物販売、高度管理医療機器等販売（貸与業）、医薬部外品販売、化粧品販売等）を併せ行うときはその業務の種類を記載すること。

(添付書類)

- 1 申請者が法人であるときは登記事項証明書（原本又は原本の写しに申請者等の原本証明をした書類）
- 2 店舗管理者（及びその他の薬剤師又は登録販売者）の薬剤師免許証又は販売従事登録証（原本を持参又は原本の写しに申請者等の原本証明をした書類）
- 3 店舗管理者（及びその他の薬剤師又は登録販売者）を雇用（使用）するものにあつては、当事者間の雇用（使用）証書
- 4 店舗の平面図（規定の面積、冷暗貯蔵所、毒薬貯蔵所、医薬品の貯蔵及び陳列場所、要指導医薬品、第1類医薬品及び指定第2類医薬品の陳列場所、情報を提供するための設備並びに住居、便所等不潔な場所の所在等を明記した縮尺1/50～1/100程度の平面図）。
- 5 家庭用管理医療機器以外の管理者の必要な管理医療機器の販売業又は貸与業をあわせ行う場合で、管理者が薬剤師でない場合は、管理者の資格を証明する書類（原本を持参又は原本の写しに申請者等の原本証明をした書類）