

店舗販売業許可申請書

フリガナ 店舗の名称		
店舗の所在地	〒	
	TEL: ()	FAX: () e-mail: @
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		
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	・新規・移転・相続・合併・組織変更・業態変更・その他 ()	

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、名称および代表者の氏名)

(あて先) 滋賀県 保健所長

担当者名：
連絡先：

(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。

滋賀県収入証紙貼付欄

構 造 設 備 の 概 要

店舗の名称		店舗の所在地		
全体構造	店舗全体の面積	m^2		
	建物の構造	木造・鉄筋・モルタル・()造り ____ 階建ての ____ 階		
店舗	面積(内寸) A = B + C	A m^2	試験室、医薬品販売場所の面積	B m^2
			医薬品等以外のものを取り扱う面積	C m^2
	床面の材質	コンクリート、モルタル、板張り、タイル ()		
	天井の材質	コンクリート、モルタル、板張り、石膏ボード ()		
	換気	空調設備・換気扇		
	店舗の平面図	別紙のとおり (情報提供場所 カ所 (図面に明示))		
	要指導医薬品等陳列設備	鍵付き陳列設備・直接手に触れない陳列設備 ()		
販売時間外閉鎖設備	設備の概要 ()			
冷暗貯蔵設備	種類(容量)	冷暗保存医薬品取扱 (有・無)		
		電気冷蔵庫・ガス冷蔵庫 ()		
鍵のかかる貯蔵設備 (毒薬用)	材質(寸法)	毒薬の取扱 (有・無)		
		木製・スチール製 (縦 cm × 横 cm × 高さ cm)		
倉庫	医薬品保管倉庫面積	m^2 (分置倉庫の面積を含む) (分置倉庫までの距離 m その面積 m^2)		
	医薬品保管倉庫平面図	別紙図面のとおり (分置倉庫の位置は、付近見取図に記載したとおり)		

備考

(医薬品医療機器等法関係)

診 断 書

氏名： 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日生 (歳)

上記の者について、次のとおり診断します。

精神の機能の障害 (□にチェックしてください。)

- 明らかに該当しない
- 専門家による判断が必要

診 断 名	
現在受けている 治療の内容	
現在の状況 (具体的に)	

*記載できない場合、別紙を添付してください。

診断年月日： 年 月 日

医療機関等の名称：

医療機関等の所在地：

医療機関等の TEL： ()

医師の氏名：

使用関係証書

1 被使用者

住所

氏名

生年月日 年 月 日生

2 勤務場所

名称

所在地

3 業 務

4 勤 務 日 週 日 (曜日 から 曜日 まで)

5 勤 務 時 間 午前 時 分から 午後 時 分まで
(週あたりの勤務時間数 時間)

上記のとおり使用関係にあることを証明します。

年 月 日

住所 _____

使用 者

氏名 _____

(記載上の注意)

勤務日および勤務時間は、1週間に勤務する通常の曜日および勤務時間を記載すること。