

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
および代表者の氏名〕

担当者名 :
連絡先 :

(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 (リットル)	
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。