

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		(連絡先)	

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）

徳 島 県 知 事 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。

別紙

店舗の名称：

店舗の所在地：

販売・授与する医薬品の区分

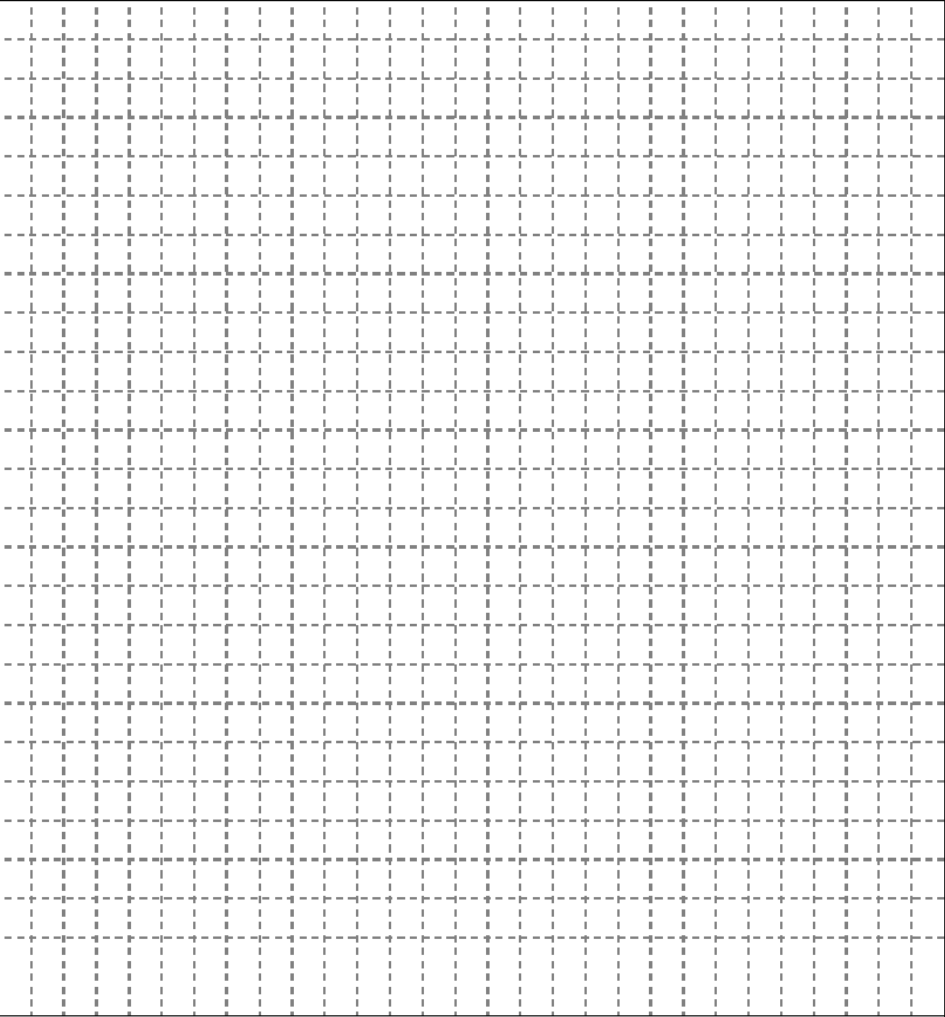
要指導医薬品	有 ・ 無
第一類医薬品	有 ・ 無
指定第二類医薬品	有 ・ 無
第二類医薬品（指定第二類医薬品を除く）	有 ・ 無
第三類医薬品	有 ・ 無

兼営業務の種類

--

構造設備の概要

換気設備	
面積	m ²
照明設備	
閉鎖設備（一般用医薬品陳列場所等）	
冷暗貯蔵設備	
毒薬の取り扱いの有無	有 ・ 無
有りの場合かぎのかかる貯蔵設備	
第一類医薬品の販売の有無	有 ・ 無
（有の場合）開店時間のうち、販売等しない時間	有 ・ 無
（有の場合）陳列区画閉鎖設備	
第一類医薬品陳列区画進入防止方法	
要指導医薬品の販売の有無	有 ・ 無
（有の場合）開店時間のうち、販売等しない時間	有 ・ 無
（有の場合）陳列区画閉鎖設備	
要指導医薬品陳列区画進入防止方法	
情報提供設備の概要	<u>別紙平面図のとおり</u>

付 近 の 見 取 り 図		店 舗 の 平 面 図	

別紙 業務体制表（店舗販売業用）

店舗名

Ⅰ 薬剤師、登録販売者の週当たり勤務時間数

<薬剤師>

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
管				

<登録販売者>

氏 名	住 所	週当たり 勤務 時間数	販売従事 登録番号	販売従事 登録年月日	業務又は実務 経験期間 ※1	証明書提 出先 ※2
管						

※1 業務又は実務経験期間：一般従事者としての業務経験又は登録販売者としての実務経験の期間を記入してください。（○年○月～○年○月）

※2 証明書提出先：添付を省略する場合は、過去の提出先及び提出年月を記入してください。（△△保健所、○年○月）

①薬剤師の勤務時間数合計

②登録販売者の勤務時間数合計

就業規則に基づく、1週間あたりの薬剤師（登録販売者）の勤務時間数

Ⅱ 店舗の営業時間（一週間の総和）

営業時間の種類	週当たり 時間数
③ 全開店時間（特定販売のみ実施する時間は含まない）	
④ ③のうち、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する時間	
⑤ ③のうち、要指導医薬品又は第一類医薬品を販売等する時間	
⑥ ③のうち、要指導医薬品を販売等する時間	
⑦ ③のうち、第一類医薬品を販売等する時間	

Ⅲ 情報提供場所の数

情報提供場所の種類	箇所数
⑧ 要指導医薬品又は一般用医薬品の情報提供等場所	
⑨ うち、要指導医薬品又は第一類医薬品の情報提供等場所	

（注意）

1 Iについて、管理者を1行目に記入すること。

2 以下の不等式について、適合しているか確認すること。

但し、要指導医薬品を販売等しない場合は、一について確認を要しない。

但し、第一類医薬品を販売等しない場合は、二について確認を要しない。

チェック欄

一 $(①+②) \div ⑧ \geq ④$ 二 $① \div ⑨ \geq ⑤$

別紙 勤務体制表

店舗名：

薬剤師：薬 登録販売者（実務経験あり）：登有 登録販売者（実務経験なし）：登無 に○をして下さい。

曜日	勤務体制表	時間	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	計
月	営業時間（特定販売時間も含む）																											時間
	医薬品販売時間																											時間
	要指導/第1類																											時間
	薬・登有	管：																										時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
火	営業時間（特定販売時間も含む）																											時間
	医薬品販売時間																											時間
	要指導/第1類																											時間
	薬・登有	管：																										時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
水	営業時間（特定販売時間も含む）																											時間
	医薬品販売時間																											時間
	要指導/第1類																											時間
	薬・登有	管：																										時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
木	営業時間（特定販売時間も含む）																											時間
	医薬品販売時間																											時間
	要指導/第1類																											時間
	薬・登有	管：																										時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
金	営業時間（特定販売時間も含む）																											時間
	医薬品販売時間																											時間
	要指導/第1類																											時間
	薬・登有	管：																										時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
土	営業時間（特定販売時間も含む）																											時間
	医薬品販売時間																											時間
	要指導/第1類																											時間
	薬・登有	管：																										時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
日	営業時間（特定販売時間も含む）																											時間
	医薬品販売時間																											時間
	要指導/第1類																											時間
	薬・登有	管：																										時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間
	薬・登有・登無																											時間

（注意）営業時間等及び資格者の勤務時間について、塗りつぶすか線を引いて、何時から何時まで営業・勤務しているか分かるように記載して下さい。
営業時間外に特定販売を行う時間がある場合は、分かるように記載すること。
緊急時のみ勤務する場合は、その旨を明記すること。

雇用関係証明書

私どもは、次の事項を条件として、雇用関係にあることを証します。

年 月 日

雇用者 住所

氏名

被雇用者 住所

氏名

1 勤務地及び店舗名

2 職 名

3 勤 務 時 間 午前 時から午後 時まで
(週あたり 時間)

4 休 日 休日： 他の定休日：
店舗閉店日：

5 通 勤 方 法

6 その他、特に定める条件