

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) 店舗販売業者の業務を行う役員の名		
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
申す含 請のむ 者業。 (務を 法を 人行 に行 欠 あり 役格 っ 員条 をは 項	(1)	法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと
	(2)	法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと
	(3)	禁錮以上の刑に処せられたこと
	(4)	薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと
	(5)	後見開始の審判を受けていること
備考	①移転・相続・合併・組織変更・業態変更・仮店舗 ( 年 月まで営業予定) ②省略書類……………【有(下記※のとおり) ・ 無】 備考(※登記事項証明書・組織規定図・薬剤師免許証・雇用契約書・診断書は、 年 月 日、 許可番号第 号に係る許可申請・変更届に添付済みのため省略)	

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)  
 氏 名  
 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

印

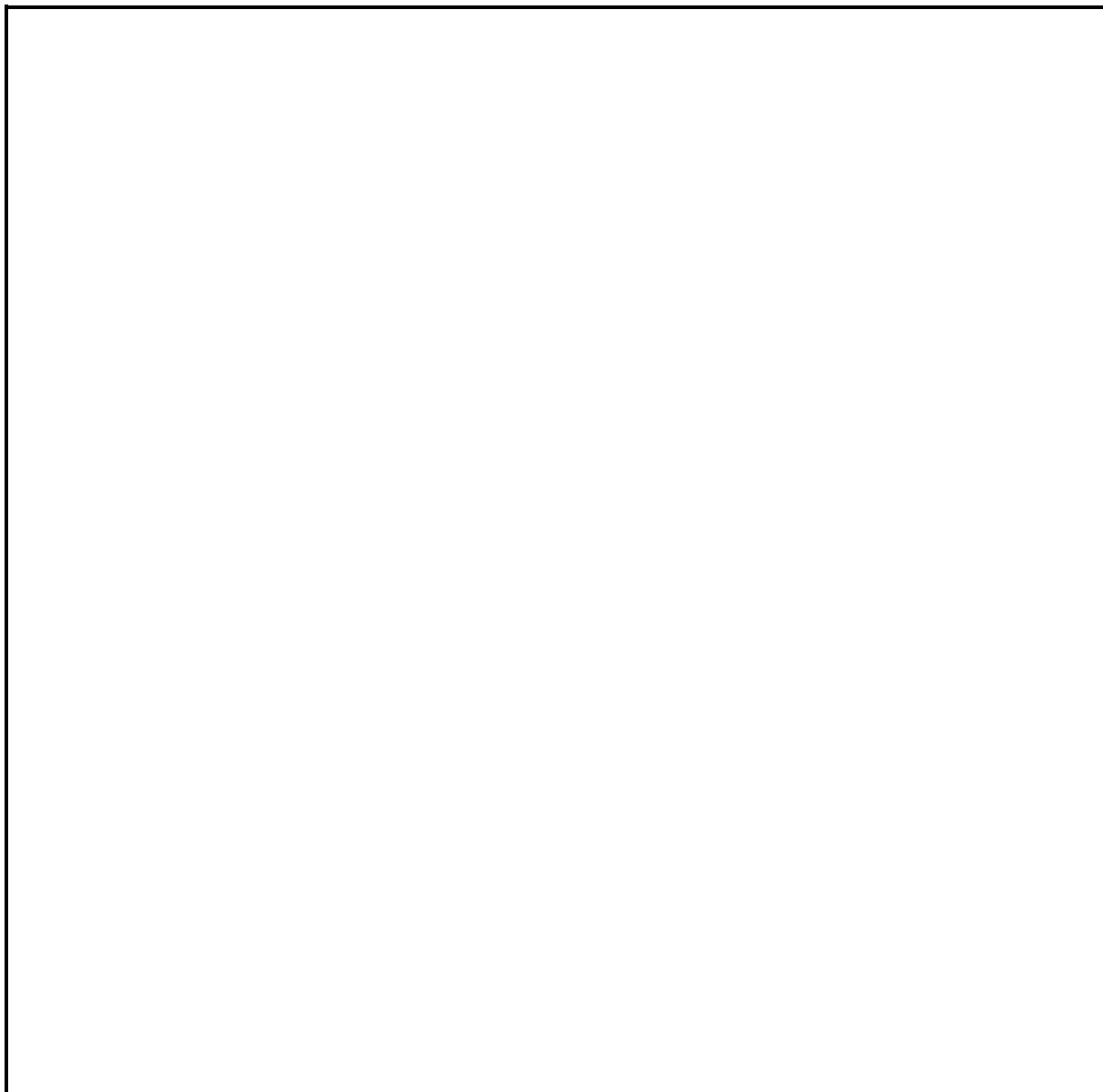
TEL

奈良市保健所長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 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。
- 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(5)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、(5)欄にあつては「ある」と記載すること。

## 店 舗 平 面 図

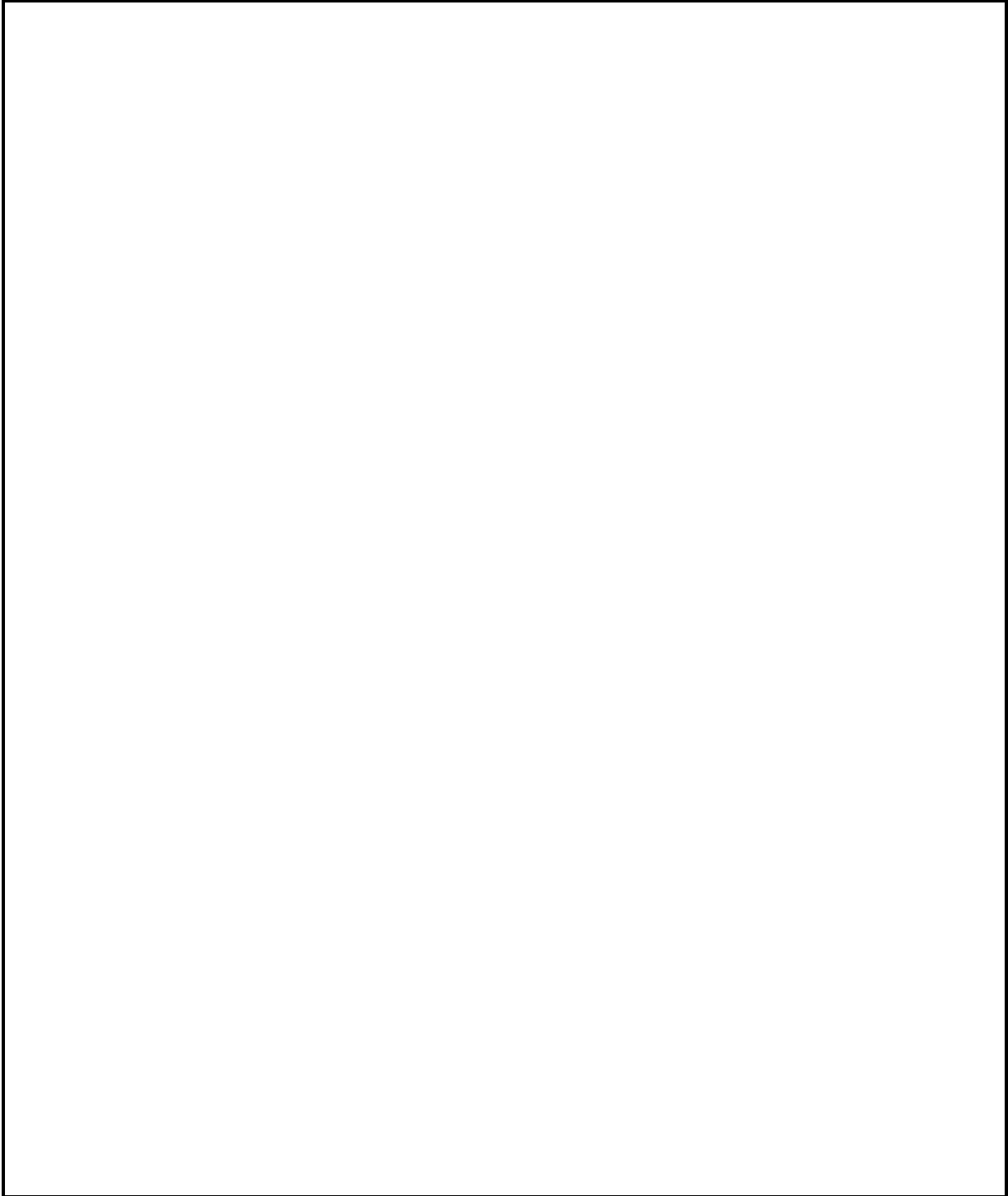


- 設 備
1. 採 光 蛍光灯 \_\_\_\_\_ W \_\_\_\_\_ 個、電 灯 \_\_\_\_\_ W \_\_\_\_\_ 個
  2. 鍵の設備 縦 \_\_\_\_\_ c m × 横 \_\_\_\_\_ c m × 奥行 \_\_\_\_\_ c m
  3. 冷 暗 所 縦 \_\_\_\_\_ c m × 横 \_\_\_\_\_ c m × 奥行 \_\_\_\_\_ c m
  4. 毒物劇物の貯蔵設備の構造 材質 \_\_\_\_\_  
縦 \_\_\_\_\_ c m × 横 \_\_\_\_\_ c m × 奥行 \_\_\_\_\_ c m

(記載上の注意)

- 1 構造設備の概要を記入すること。(調剤室、医薬品・医療機器の陳列保管場所、施錠箇所、冷暗所等及び毒物劇物を取扱う場合はその貯蔵箇所を明確に示すこと。)
- 2 面積算定ができるよう、内のり寸法をメートル単位で記入する。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A 4 又は A 3 の用紙とすること。


## 店舗敷地内の建物の配置図



(記載上の注意)

- 1 店舗と同一敷地内にある全ての建物（住居、店舗等）、敷地に接する公道、駐車場及び方角を記入すること。（店舗が建物の一画の場合は、その建物全体の見取図を書くこと。）
- 2 建物が高層の場合は、店舗の所在階数を明記し、同一フロアについて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A4又はA3の用紙とすること。

## 店舗の所在地略図（付近見取図）

所在地	
店舗の電話番号	(                    )                    —
その他の連絡の連絡方法	
<p>N</p> 	

### （記載上の注意）

- 1 最寄り駅、幹線道路等からの詳細な経路が分かるよう記入すること。
- 2 店舗駐車場がある場合は、併せて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A4又はA3の用紙とすること。

# 組織規定図

当社の組織規定図は、上記のとおりであり、当該許可に係る業務を行う役員は、  
□ の者であることを証明します。

年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

④

TEL ( ) -

(宛先) 奈良市保健所長

(記載上の注意)

- ・ 登記事項証明書に記載されている取締役役員全員を記載し、代表取締役及び当該申請に係る業務を担当する役員（業務役員）については、□ でその役員及び氏名を囲み明示すること。
- ・ 業務役員以外の役員については、氏名及び担当業務を記載すること。  
例：奈良太郎（総務担当）、奈良花子（雑貨担当）等
- ・ 登記された法人代表者印を押印すること。

# 診 断 書

氏 名		性 別	男・女
生年月日	年 月 日	年 令	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい）</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載して下さい。（注1））</p> </div> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。</p>			
診断年月日	年 月 日		
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p style="margin-left: 40px;">名 称</p> <p style="margin-left: 40px;">所在地</p> <p style="margin-left: 100px;">Tel ( ) (注2)</p> <p style="margin-left: 40px;">医師の氏名 <span style="float: right;">⑩</span></p>			

(注1) 精神機能の障害の程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。

(注2) 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

# 疎明書

私は、下記の者が医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第5条第3号ホ（成年後見人に係る部分を除く）及びへに該当しないことを疎明します。

年 月 日

申請者住所  
〔法人の主たる  
事務所の所在地〕

申請者氏名  
〔法人名称及び  
代表者氏名〕

印

(宛先) 奈良市保健所長

記

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

(記載上の注意)

- ・ 当該申請店舗において実地に業務を行う役員については、この疎明書を提出しても無効であり、診断書が必要である。
- ・ 登記された法人代表者印を押印すること。



併せ行うその他の業務の種類				
販売又は授与する医薬品の区分		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 ・ 第三類医薬品		
管理者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間	時間		
	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	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	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	時間		
	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	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日
薬剤師 又は 登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間	時間		
	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	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日
薬剤師 又は 登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間	時間		
	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	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

使用関係証明書  
(雇用契約書)

事業主 住所  
〔法人の主たる  
事務所の所在地〕

氏 名  
〔法人名称及び  
代表者氏名〕

⑩

従事者 住所

氏名

⑩

1 期 間 年 月 日から

2 勤務方法

① 時間 時 分から 時 分まで

② 休日

3 給 与

月給  
時給 円

4 業 務

薬局管理者 ・ 店舗販売業管理者  
その他の薬剤師 ・ その他の登録販売者  
総括製造販売責任者  
医薬品製造管理者  
高度管理医療機器等営業所管理者  
毒物劇物取扱責任者

5 その他

年 月 日

(記載上の注意)

- 1 法人にあつては、登記された法人代表者印を押印すること。

# 業務従事証明書

年 月 日

奈良市保健所長 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者名

印

代表者氏名

管理者氏名

印

下記の者の業務は、以下のとおりであることを証明します。なお根拠書類については、奈良市より求めがあれば直ちに提出します。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
住 所	〒
薬局、店舗又は配置販売業の名称等	(業態： 許可番号： )
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	

1. 業務期間 年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)

このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間： 年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)

2. 業務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間 (該当する□にレ点を記入)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事しました。  
(根拠書類： )

4. 研修の受講 (受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。
- 3 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替えること。

# 実務従事証明書

年 月 日

奈良市保健所長 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者名

印

代表者氏名

管理者氏名

印

下記の者の実務は、以下のとおりであることを証明します。なお根拠書類については、奈良市より求めがあれば直ちに提出します。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
住 所	〒
薬局、店舗又は配置 販売業の名称等	(業態： 許可番号： )
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1. 実務期間 年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)
2. 実務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入)
  - 主に一般用医薬品の販売等の直接の実務
  - 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
  - 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
  - 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
  - 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
  - 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務
3. 実務時間 (該当する□にレ点を記入)
  - 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事しました。  
(根拠書類： )
4. 研修の受講 (受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書くこと。

**勤務表 (薬剤師・登録販売者勤務予定算出表)**

店舗名称	許可番号	週当たり	営業時間	時間	①	情報提供場所													
営業時間		の	医薬品販売時間	時間	②	一般用医薬品	箇所 ④												
			要指導・第一類医薬品販売時間	時間	③	要指導・第一類医薬品	箇所 ⑤												
時間	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	計	薬剤師		勤務総時間			
月	営業時間														1	管			
	医薬品販売時間															2			
	要指導・第一類販売時間																3		
	薬剤師																	4	
登録販売者														5					
火	営業時間														6				
	医薬品販売時間															7			
	要指導・第一類販売時間																8		
	薬剤師													9					
登録販売者													10						
水	営業時間															合計			0
	医薬品販売時間																登録販売者	勤務総時間	
	要指導・第一類販売時間																		
	薬剤師																		
登録販売者																			
木	営業時間													1	管				
	医薬品販売時間														2				
	要指導・第一類販売時間															3			
	薬剤師																4		
登録販売者													5						
金	営業時間														6				
	医薬品販売時間															7			
	要指導・第一類販売時間																8		
	薬剤師													9					
登録販売者													10						
土	営業時間															合計			0
	医薬品販売時間																登録販売者	勤務総時間	
	要指導・第一類販売時間																		
	薬剤師																		
登録販売者																			
日	営業時間													1	管				
	医薬品販売時間														2				
	要指導・第一類販売時間															3			
	薬剤師																4		
登録販売者													5						

( 薬局・店舗販売業 )				$⑧ \div ④ \div ②$	—	$\geq 1$
1週間の薬剤師勤務時間	総計	⑥	0	時間	$② \div ①$	$\geq 0.5$
1週間の登録販売者勤務時間	総計	⑦	0	時間	$⑥ \div ⑤ \div ③$	$\geq 1$
⑥+⑦ 合計	総計	⑧	0	時間	$③ \div ②$	$\geq 0.5$

( 薬局のみ記載 )				$⑥ \geq ①$ となっていること	適・否
以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること					
総取扱処方せん枚数(A)	枚	(眼科・耳鼻科・歯科) $\times 2/3$ + その他の診療科	前年において業務を行った期間及び日数(B)	月 日 ~ 月 日 (日数)	日
1日あたりの受取処方箋枚数(A/B)	枚	必要薬剤師数 40枚毎1名	イ	就業時間	時間/週
		名	現在の勤務体制による算出薬剤師数	口	名

※ 薬剤師の員数は実雇用人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。就業規則がない場合は、最低時間32時間で除する。イ≧口であれば員数を満たしていることになります。

特定販売を行う場合

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 ・ ダイレクトメール 折込みチラシ ・ 雑誌広告 その他 ( )
特定販売を行う医薬品の区分	第1類医薬品 ・ 指定第2類医薬品 ・ 第2類医薬品 第3類医薬品 ・ 薬局製造販売医薬品
特定販売を行う時間	
営業時間のうち特定販売のみを行う時間	
特定販売の広告に正式名称と異なる名称を表示する場合はその名称	
主たるホームページアドレス (複数ある場合は全て)	
主たるホームページの構成の概要	別紙のとおり
特定販売のみを行う時間がある場合は適切な監視に必要な設備の概要	・画像等をパソコン等によりリアルタイムで電送できる設備 (デジタルカメラ+電子メール+電話) ・その他 ( )

※主たるホームページの構成の概要には、医薬品の表示内容や表示すべき事項 (別表第1の2及び別表第1の3に掲げる情報) の表示の状況等が分かるようなホームページのイメージ等の書類を添付すること。