

法人の場合は、登記された法人代表者印

印

店舗販売業許可申請書

店舗の名称	薬局と紛らわしい「薬局」「ファーマシー」は使用しないこと	
店舗の所在地	テナントビル等に入居している場合は、ビル名及び階数を明記	
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」と記載し、勤務表を添付すること	
(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	曜日ごとに記載。祝休日についても記載。	
相談時及び緊急時の連絡先	電話番号の他、メールアドレス等を記載	
特定販売の実施の有無	インターネット、カタログ、ダイレクトメール等を利用して医薬品を通信販売する場合は「有」を○で囲み、別紙「特定販売を行う場合の書類」に、記載し提出すること。	
申請のむね 者業。(務)を 人行の欠 あう役格 っ員条 はを項	(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 ない場合は「なし」(法人の場合は、「全員なし」と記載。 該当事実がある場合は、その者についてのみ、氏名と事実を記載し、「他の者はなし」と記載。
	(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） 冷暗貯蔵の医薬品を取扱わない場合は、その旨を記載。 毒薬を取扱わない場合は、その旨を記載	

①は、該当する申請理由を○で囲み、仮店舗の場合は営業予定期間を記載
 ②は、添付省略書類の有無及び該当事項を○で囲み、提出年月日、許可番号を記載。



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)

TEL

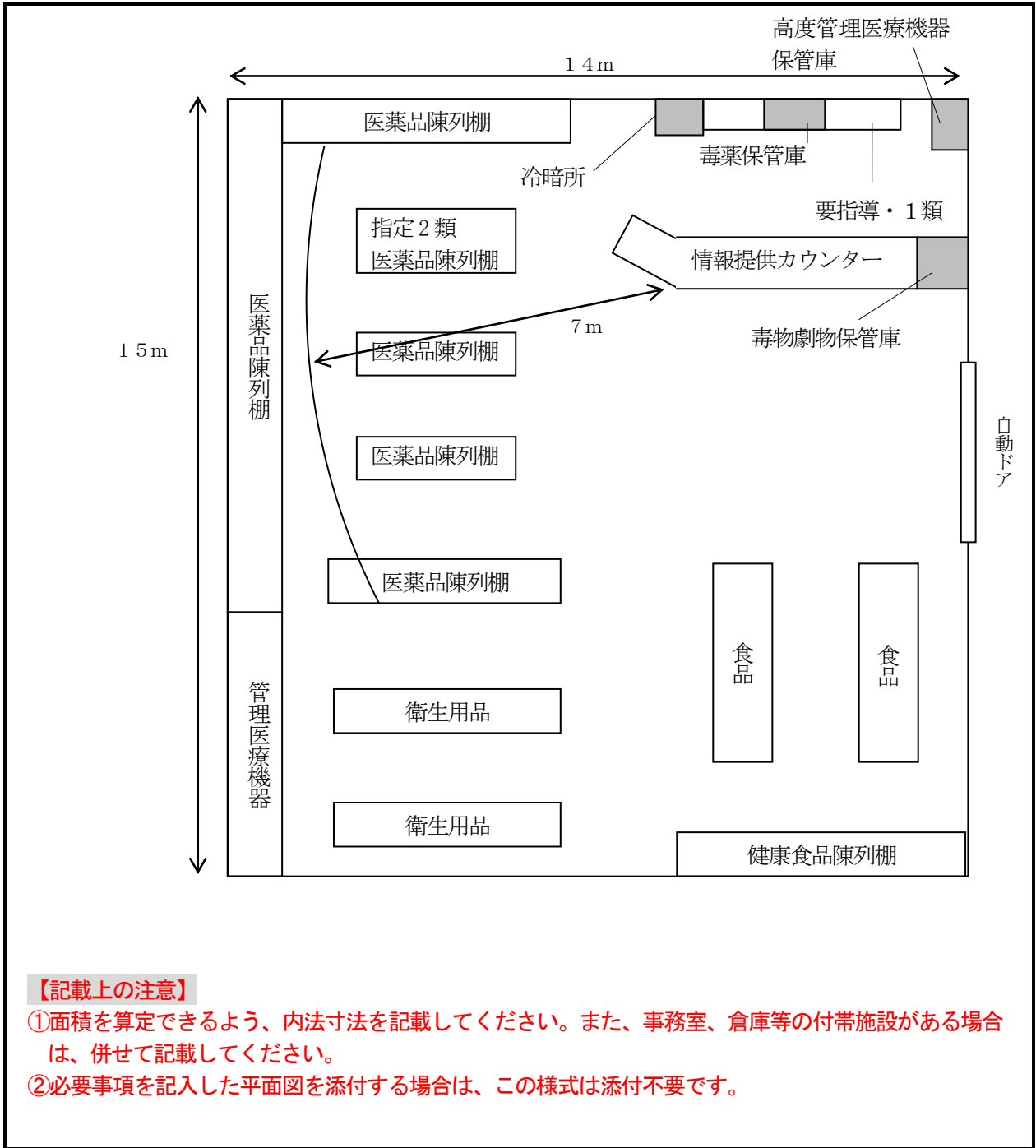
法人の場合は、登記された法人代表者印



印

奈良市保健所長 様

店舗平面図



【記載上の注意】

- ①面積を算定できるよう、内法寸法を記載してください。また、事務室、倉庫等の付帯施設がある場合は、併せて記載してください。
- ②必要事項を記入した平面図を添付する場合は、この様式は添付不要です。

設備 1. 採光 蛍光灯 80 W 14 個、電灯 _____ W _____ 個

2. 鍵の設備 縦 _____ c m × 横 _____ c m × 奥行 _____ c m



毒薬を取扱わない場合は、申請書表紙の備考欄にその旨を記載すれば設置不要

3. 冷暗所 縦 _____ c m × 横 _____ c m × 奥行 _____ c m



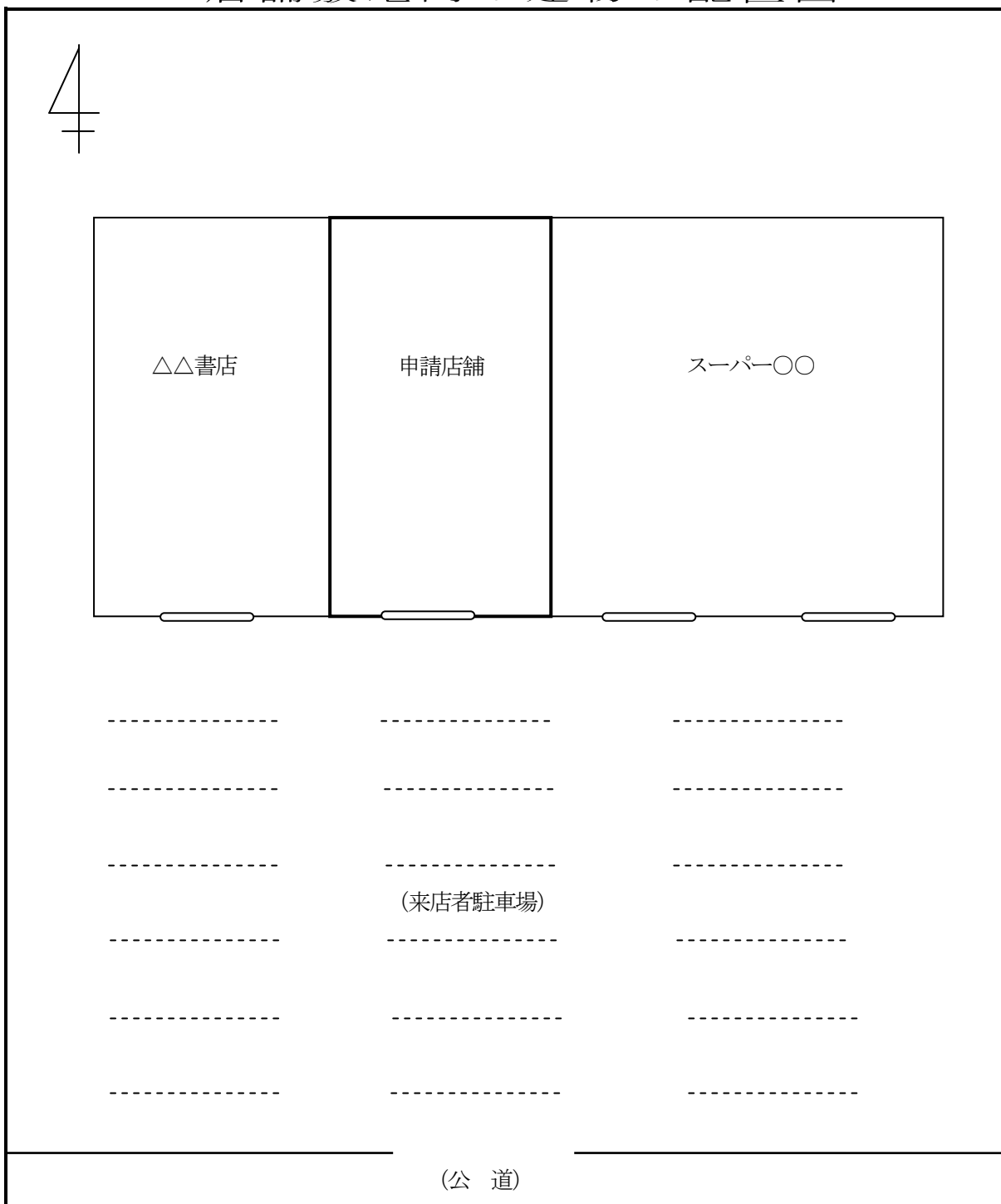
冷蔵置増の医薬品を取扱わない場合は、申請書表紙の備考欄にその旨を記載すれば設置不要

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



毒物劇物販売業を併せて申請する場合のみ記載

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	電話設置前の場合は、設置後に奈良市保健所医療政策課まで連絡してください。 医療政策課 TEL:0974-93-8392
その他の連絡の連絡方法	本社の電話番号、FAX等あれば記載



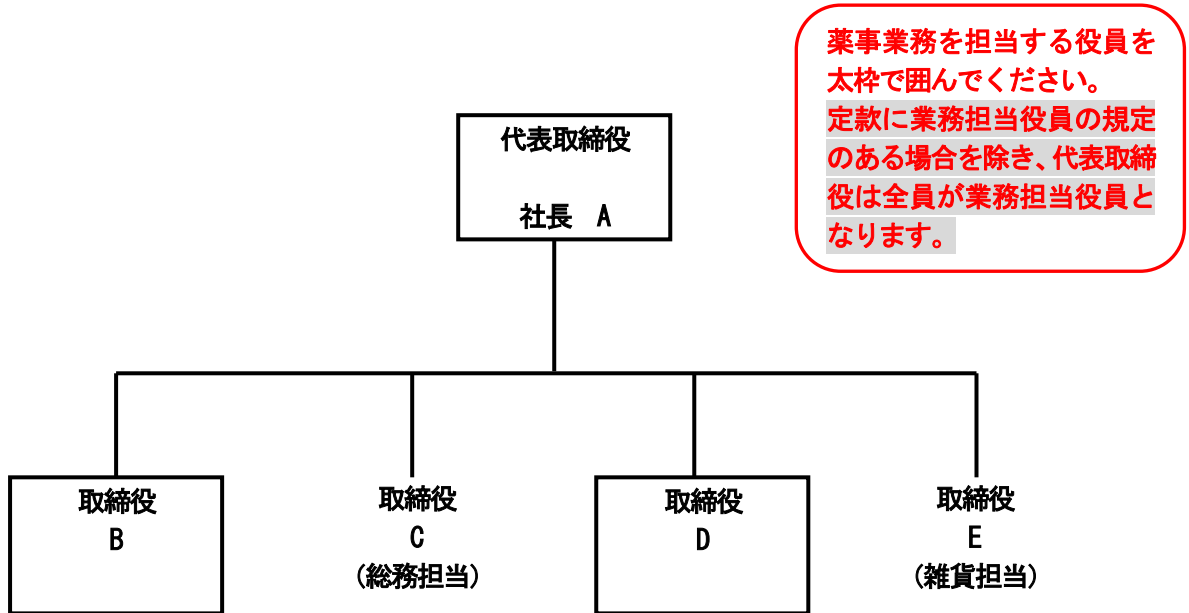
【記載の注意】

実地検査、許可後の薬事監視等に利用しますので、最寄り駅、幹線道路等からの道を詳しく記入してください。
店舗駐車場がある場合は、併せて記入してください。

(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



薬事業務を担当する役員を太枠で囲んでください。
定款に業務担当役員の規定のある場合を除き、代表取締役は全員が業務担当役員となります。

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

TEL () -



登記された法人代表印を押印する

(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。

他の申請・届出の添付書類として
提出済みであって、発行後3ヶ月
以内の場合、省略可能です。

診 断 書

氏 名	申請者（法人にあっては業務担当役員）について記載	性 別	男・女
生年月日	年 月 日	年 令	才
上記の者について、下記のとおり診断します。			
1. 精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい）			
<input type="checkbox"/> 明らかに該当なし			
<input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要			
（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））			
法人の業務担当役員については、当該申請薬局・店舗で業務に従事しない場合に限り、法人代表者による疎明書の提出に代えても結構です。			
2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。			
診断年月日	年 月 日		
病院、診療所又は介護老人保健施設等の			
名 称			
所在地			
T e l () (注2)			
医師の氏名 ④			

(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。

他の申請・届出の添付書類として提出済みであって、発行後3ヶ月以内の場合、省略可能です。

疎明書

申請薬局・店舗で業務に従事しない業務役員について、診断書に代えて疎明書を提出する場合のみ使用します。

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〕

登記された法人代表者印を押

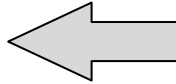


印

申請者氏名
〔法人名称及び
代表者氏名〕

（宛先）奈良市保健所長

業務役員の住所
業務役員の氏名

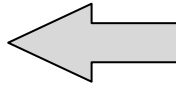


記

組織規定図で□を付した業務担当役員について必要事項を記載。ただし、当該薬局・店舗で業務に従事する役員については、診断書が必要。

（生年月日 年 月 日生）

業務役員の住所
業務役員の氏名



住所は定款に記載された内容と整合していること

（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		同一店舗で高度管理医療機器販売業、毒物劇物販売業などを兼業している場合のみ記載 特定管理医療機器を販売、貸与する場合は、特定管理医療機器営業所管理者等の氏名及び住所を記載した書類及び資格を証する書類（医療機器基礎講習修了証等）を添付して下さい。		
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 店舗で販売・授与する医薬品の区分を○で囲んで下さい。		
管理者	氏名	奈良 花子		
	住所	奈良市〇〇町△番××号		
	週当たり勤務時間	40時間		
	種別	薬劑師 ・ 登録販売者		
	薬劑師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	薬劑師名簿登録年月日 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	<div style="border: 1px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block;">裏書きのある場合は当初登録年月日を記載</div>		
	週当たり勤務時間	時間		
	種別	薬劑師 ・ 登録販売者		
	薬劑師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬劑師名簿登録年月日 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	薬劑師 ・ 登録販売者		
	薬劑師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬劑師名簿登録年月日 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	薬劑師 ・ 登録販売者		
	薬劑師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬劑師名簿登録年月日 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)

既に他の申請・届出の添付書類として提出済みであって、その内容に変更がない場合は省略可能です。

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)



登記された法人代表者印を押印

従事者 住所

氏名



1 期間 年 月 日から

現地調査日以前が望ましい

2 勤務方法
① 時間

9時 30分から 22時 30分まで
(シフト制 月 40時間勤務)

労働基準法等に抵触しないか予め確認してください。

② 休日

3 給与

月給
時給

月給又は時給を○で囲む

1,700 円
土日・20時以降は時給2,000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

担当する業務を○で囲む
兼務も可能

平成 年 月 日

【勤務方法について】

- ・勤務時間が固定の場合は、その時間帯を記載してください。
- ・店舗の営業時間が長く、従事者がシフト制で勤務する場合は、勤務する可能性のある時間帯を記載し、下段に（ ）でシフト制である旨及び月又は週あたりの勤務時間を記載してください。
- ・管理者は、常勤であり、他に薬事に関する業務を行っていないこと。また、1週間あたりの勤務時間が32時間以上確保されていることが必要です。

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

株式会社〇〇〇

印

開設者が法人の場合は法人名と代表者名、個人の場合は個人名のみ記載。

代表者氏名 〇〇 〇〇

管理者氏名 〇〇 〇〇

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：〇〇年 〇月 〇日)
住 所	〒 - 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
薬局、店舗又は配置販売業の名称等	〇〇 ドラッグ (業態：店舗販売業 許可番号： MN〇〇〇〇)
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	××市××町××丁目××番××号

1. 業務期間 H24年 4月 ~ H27年 10月 (3年 7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： H24年 11月 ~ H27年 10月 (3年 0月間)

2. 業務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理記入)

要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売等する店舗において、登録販売者が管理者となる場合に記載してください。

- 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

該当する箇所にレを記入してください。

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 (根拠書類：タイムカード

「根拠書類」欄は、作成した際に根拠とした書類 (労働基準法の規定により作成される賃金台帳、労働時間の記録に関する書類 (出勤簿、タイムカード等) 等、薬事に係る法令以外の法令の規定により、労働時間に関する記録が客観的に確認できるもの) を記載してください。

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)

- 平成27年4月1日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修 (6時間)
- 平成27年4月2日 〇〇研修 一般用医薬品の知識に関する研修 (6時間)

受講した外部研修の年月日及び研修の概要を記載してください。

(注意)

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

開設者が法人の場合は法人名と代表者名、個人の場合は個人名のみ記載。

株式会社〇〇〇

印

代表者印

代表者氏名 〇〇 〇〇

管理者氏名 〇〇 〇〇

印

〇〇

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：〇〇年 〇月 〇日)
住所	〒 - 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
薬局、店舗又は配置販売業の名称等	〇〇 ドラッグ (業態：店舗販売業 許可番号：MN〇〇〇〇)
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	××市××町××丁目××番××号

1. 実務期間 H24年 4月 ~ H27年 10月 (3年 7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

一般従事者として従事した過去5年間の実務期間のみ記載してください。

該当する箇所にレを記入してください。

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 (根拠書類：出勤簿)

「根拠書類」欄は、作成した際に根拠とした書類 (労働基準法の規定により作成される賃金台帳、労働時間の記録に関する書類 (出勤簿、タイムカード等) 等、薬事に係る法令以外の法令の規定により、労働時間に関する記録が客観的に確認できるもの) を記載してください。

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)

- 平成27年4月1日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修 (6時間)
- 平成27年4月2日 〇〇研修 一般用医薬品の知識に関する研修 (6時間)

受講した外部研修の年月日及び研修の概要を記載してください。

(注意)

- 用紙の大きさは、日本工業規格 A4 とすること。
- 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	奈良薬局		許可番号	AN00000		週当たりの	営業時間	73	時間	①	情報提供場所															
営業時間	(月～金)	10	:	00	～	20	:	00	時間	②	一般用医薬品	1	箇所	④												
	(土日)	9	:	30	～	20	:	30	時間	③	要指導・第一類医薬品	1	箇所	⑤												
	()	:	:	:	～	:	:	:	時間																	
時間		0		2		4		6		8		12		14		16		18		20		22	計	薬剤師		勤務総時間
月	営業時間																							1	管 奈良 太郎	40
	医薬品販売時間																							2	奈良 花子	36
	要指導・第一類販売時間																							3		
	薬剤師																							4		
火	登録販売者																							5		
	営業時間																							6		
	医薬品販売時間																							7		
	要指導・第一類販売時間																							8		
水	薬剤師																							9		
	登録販売者																							10		
	営業時間																							11		
	医薬品販売時間																							12		
木	要指導・第一類販売時間																							13		
	薬剤師																							14		
	登録販売者																							15		
	営業時間																							16		
金	医薬品販売時間																							17		
	要指導・第一類販売時間																							18		
	薬剤師																							19		
	登録販売者																							20		
土	営業時間																							21		
	医薬品販売時間																							22		
	要指導・第一類販売時間																							23		
	薬剤師																							24		
日	登録販売者																							25		
	営業時間																							26		
	医薬品販売時間																							27		
	要指導・第一類販売時間																							28		
計	薬剤師																							29		
	登録販売者																							30		
	合計																							31	76	
	登録販売者																							32		
1週間	管 奈良 二郎																							33		40
	管 奈良 花江																							34		40
	管 奈良 三郎																							35		32
	合計																							36	112	

営業時間を記載してください。

○黄色の部分に記載してください。
○営業時間等は、塗りつぶすか線を引いて、営業時間等が分かるように記載してください。

管理者は、欄の1番目に記載し、「管」に○をつけてください

(薬局 店舗販売業)				⑧÷④÷②	2.58	≥ 1
1週間の薬剤師勤務時間	総計	⑥	76 時間	②÷①	1.00	≥ 0.5
1週間の登録販売者勤務時間	総計	⑦	112 時間	⑥÷⑤÷③	1.23	≥ 1
⑥+⑦ 合計	総計	⑧	188 時間	③÷②	0.85	≥ 0.5

(薬局のみ記載)				⑥≥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				薬局で定めている週当たりの就業時間を記入して下さい。		
総取扱処方せん枚数(A)	10000 枚	(眼科・耳鼻科・歯科) × 2/3 + その他の診療科	前	月 日 ~ 月 日	(日数)	200 日
1日あたりの受取処方箋枚数(A/B)	50 枚	必要薬剤師数 40枚毎1名	イ	2 名	就業時間	40 時間/週
				現在の勤務体制による算出薬剤師数	ロ	1.9 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≦ロであれば員数を満たしていることになります。

インターネットやカタログ等を用いて薬局以外の場所にいる者に対して一般用医薬品又は薬局製造販売医薬品の販売・授与する場合はこの書類を添付してください。

特定販売を行う場合の書類

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	<p>特定販売を行う時間とは、注文内容を薬剤師又は登録販売者が確認した時点から運送業者等に医薬品を引き渡せる状態にするまでの業務を行う時間。</p> <p>なお、メールやFAX等で単に注文を受け付ける業務を行う時間は含まない。</p>
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	<p>許可を受ける薬局名と異なる名称を、インターネットやカタログ等に表示する場合に記載。</p> <p>なお、薬局の正式な名称の文字の大きさは、正式名と異なる名称よりも大きいか、又は同じである必要がある。</p>
主たるホームページアドレス（複数ある場合は全て）	<p>通常最初に関覧するホームページ（いわゆる「トップページ」や「メインページ」）のアドレス。</p> <p>当該ホームページの閲覧に必要なパスワード等がある場合には、併せてそのパスワード等を記載すること。</p>
主たるホームページの構成の概要	<p>別紙のとおり</p> <p>※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。</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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 () <p>開店時間外に特定販売のみを行う営業時間がない場合は、記載不要。</p>

※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。