**別紙２**

捨印

特定販売届書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種類 | 薬局 |
| 許可番号及び年月日 |  |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 |  |
| 1.特定販売のみを行う  営業時間の有無 | 有　　　　　・　　　　　無 |
| （1において有の場合）  特定販売のみを行う営業時間 |  |
| （1において有の場合）  適切な監督に必要な設備の概要 |  |
| 2.特定販売の広告に薬局又は店舗の正式名称と異なる名称の有無 | 有　　　　　・　　　　　無 |
| （2において有の場合）  正式名称と異なる名称 |  |
| 備考 |  |

上記により、特定販売の届出をします。

平成　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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、名称及び代表者の氏名） | |
|  |  |  |

山口県知事　　　　　　　　　　殿

**別紙２**

差し支えなければ捨印（法人による申請にあっては代表者印）を押印すること。

許可証に記載された

「許可番号」

「有効期間の開始年月日」を記載すること。

捨印

特定販売届書

記載例

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種類 | 薬局 |
| 許可番号及び年月日 | ９９１０●●●●　　平成○○年○月○日 |
| 薬局の名称 | 県庁薬局 |
| 薬局の所在地 | 山口市滝町１番１号 |
| 1.特定販売のみを行う  営業時間の有無 | 有　　　　　・　　　　　無 |
| （1において有の場合）  特定販売のみを行う営業時間 | 月～水・金　２０：００～２４：００  該当するものに○をすること。 |
| （1において有の場合）  薬局又は店舗において設置している必要な設備について、その仕様及び外観等が分かる資料を添付すること。  適切な監督に必要な設備の概要 | デジタルカメラで撮った写真を  メールする |
| 2.特定販売の広告に薬局又は店舗の正式名称と異なる名称の有無 | 該当するものに○をすること。  有　　　　　・　　　　　無 |
| （2において有の場合）  正式名称と異なる名称 | 正式名称と異なる場合に  記載すること。  けんちょう薬局 |
| 備考 |  |

上記により、特定販売の届出をします。

平成　○○　年　○　月　○　日

提出年月日を記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） | |
|  | 山口県滝町１番１号 | |
|  | 氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） | |
|  | 株式会社　県庁  代表取締役　薬事　太郎 |  |

山口県知事　　　　　　　　　　殿

法人による申請にあっては、登記された代表者印を押印すること。