

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)	禁錮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			

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)

山 口 県 知 事

殿

店舗の 管理者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	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		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	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		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	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		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	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		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	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		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	

○通常の営業日及び営業時間

店舗の営業日及び営業時間	営業時間の1週間の総和（時間／週）
店舗の開店日及び開店時間	開店時間の1週間の総和（時間／週）
要指導医薬品又は一般用医薬品の販売の開店日及び開店時間	要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する1週間の総和（時間／週）
要指導医薬品の販売の開店日及び開店時間	要指導医薬品を販売等する1週間の総和（時間／週）
一般用医薬品の販売の開店日及び開店時間	一般用医薬品を販売等する1週間の総和（時間／週）
第一類医薬品の販売の開店日及び開店時間	第一類用医薬品を販売等する1週間の総和（時間／週）

○販売・授与する医薬品の区分

販売・授与する医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第二類医薬品（指定第二類医薬品を除く。） <input type="checkbox"/> 第三類医薬品
---------------	---

○医薬品販売業等の兼営事業の種類

医薬品販売業等兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 管理医療機器販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 再生医療等製品販売業 <input type="checkbox"/> 医薬部外品 <input type="checkbox"/> 化粧品
----------------	--

○ 特定販売の状況

<p>特定販売を行う際に使用する通信手段</p>	<p><input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> その他 ()</p>
<p>特定販売を行う医薬品の区分</p>	<p><input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第二類医薬品 (指定第二類医薬品を除く。) <input type="checkbox"/> 第三類医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 (毒薬及び劇薬であるものを除く。)</p>
<p>特定販売を行う営業日及び営業時間</p>	<p>[]</p>
<p>特定販売のみを行う営業時間の有無</p>	<p>有 ・ 無</p>
<p>特定販売のみを行う営業日及び営業時間</p>	<p>[]</p>
<p>特定販売の実施方法に関する適切な監督に必要な設備の概要</p>	<p>[特定販売のみを行う営業時間がある場合のみ]</p>
<p>特定販売を行うことに関する広告等に表示する薬局等の名称</p>	<p><input type="checkbox"/> 申請薬局等の名称と同じ <input type="checkbox"/> 申請薬局等の名称と異なる [異なる場合はその名称]</p>
<p>特定販売を行うことに関してインターネットを利用して広告を行う場合の主たるホームページアドレス及び主たるホームページの構成の概要</p>	<p>・主たるホームページアドレス [(当該ホームページの必要なパスワード等がある場合には、そのパスワード等も併せて記載すること。) ・主たるホームページの構成の概要 []</p>