

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	〇〇ドラッグ		
店舗の所在地	さいたま市〇〇区××一丁目２番地３		
店舗の構造設備の概要	別紙、構造設備の概要のとおり（又は 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、体制省令への適合を示す書類のとおり（又は 別紙のとおり）		
（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	さいたま 太郎、〇〇 〇〇		書ききれない場合は、別紙、体制省令への適合を示す書類のとおり（又は 別紙のとおり）と記載
通常の営業日及び営業時間	月～金 10:00～20:00 土 10:00～18:00		
相談時及び緊急時の連絡先	Tel : 048-777-**** Mail : abcdefg@****.ne.jp		
特定販売の実施の有無	有 ・ 無		
申請者に責任を有する役員を含む。薬事に関する業務	(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	なし
	(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	なし
	(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	なし
	(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	なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし
	(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	なし
	(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	なし
備考	資格者要件による取扱品目（該当する□にレ） □全ての要指導医薬品及び一般用医薬品 □全ての一般用医薬品 ☒ 第２類医薬品及び第３類医薬品		

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） 埼玉県〇〇市××一丁目２番地３

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名） 〇〇株式会社
代表取締役 さいたま 太郎

さいたま市保健所長

担当者：さいたま 花子
連絡先：048-840-××××立入調査の日程調整等連絡を行う為に
必要なので、記載してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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。