

店舗販売業許可申請書

店 舗 の 名 称		
店 舗 の 所 在 地		〒 _____ 仙台市 _____ 区 TEL (_____) _____ FAX (_____)
店 舗 の 構 造 設 備 の 概 要		別紙[1]-1、別紙[1]-2のとおり
医 薬 品 の 販 売 又 は 授 与 を 行 う 体 制 の 概 要		別紙[2]-1、別紙[2]-2、別紙[3]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		<input type="checkbox"/> 個人申請のためなし
通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間		別紙[2]-1のとおり
相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先		別紙[4]のとおり
特 定 販 売 の 実 施 の 有 無		有 (別紙[5]のとおり) ・ 無
責 任 者 (法 人 に あ つ て は 役 員 を 含 む 。) の 欠 格 条 項 に 関 す る 業 務 項 目	(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った後、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	・ 施行令第49条の規定による管理医療機器販売業貸与業届出の特例に <input type="checkbox"/> 別紙[4]のとおり該当する <input type="checkbox"/> 該当しない ・ 店舗管理者は薬剤師法第8条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令(再教育研修命令)を受けた者である <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する(再教育研修終了登録証の提示) ・ 許可希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

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)

(あて先) 仙台市保健所長

TEL (_____)

連絡(担当)者名 _____

連絡先 TEL _____

(注意)

- 1 用紙の大きさは、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 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。
- 4 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。

※添付資料確認用

- 01 店舗販売業許可申請書
- 02 店舗の構造設備概要等 別紙[1]-1、別紙[1]-2 (店舗の平面図)
- 03 店舗の体制の概要等 別紙[2]-1、別紙[2]-2
- 04 資格者一覧 別紙[3]
- 05 管理医療機器別記様式及び兼営事業の種類等 別紙[4]
- 06 特定販売に関する事項 別紙[5] (特定販売を行う場合のみ)
- 07 登記事項証明書原本 (申請者が法人の場合)
- 08 使用関係証明書 (資格者全員分)
- 09 資格を証明する書類 (原本と写し、登録販売者である場合は業務・実務証明書原本と写しも添付)

店舗の構造設備概要等別紙[1]-1

許可番号		店舗の名称		記入年月日	
建物の構造	全体の面積 _____m ² 木造・鉄筋・モルタル・() 造り _____階建て _____階使用				
店舗の総面積①+②+③	_____m ²	医薬品を通常陳列し交付する場所の面積 ①		_____m ²	
		医薬品以外のものを取扱う場所の面積 ②		_____m ²	
(売場面積①+②)	(_____m ²)	①②以外で医薬品を保管する場所の面積 ③		_____m ²	
売場と他の場所との区分	壁・扉・床ライン・床の色・その他 ()				
①と②の場所との区分	壁・扉・床ライン・床の色・その他 ()				
③と他の場所との区分	壁・扉・床ライン・床の色・その他 ()				
外観から明らかとする方法	看板設置・その他 ()				
誰もが容易に入出りできる構造	該当する・該当しない(理由:)				
冷暗貯蔵設備	有 ・ 無	種類 (電気冷蔵庫・) 有効容量 (L)			
鍵のかかる貯蔵設備 (毒薬)	有 ・ 無	材質種類 () 鍵の種類 () 大きさ (幅 _____ c m × 高さ _____ c m × 奥行 _____ c m)			
要指導医薬品陳列区画	有 ・ 無	オーバーザカウンター・ 鍵付きのケース・その他 ()			
第1類医薬品陳列区画	有 ・ 無	オーバーザカウンター・ 鍵付きのケース・その他 ()			
保管設備	要指導医薬品保管設備	有 ・ 無	第1類医薬品保管設備	有 ・ 無	
情報提供設備の数	_____箇所 (うち要指導・第1類医薬品を扱わない情報提供設備の数 _____箇所)				
	材 質			換 気 の 方 法	
	床	天 井	壁		
売場				機械換気 ・ 自然換気	
バックヤード等				機械換気 ・ 自然換気	
閉店の設備	有 ・ 無	閉店の方法 (ドアを施錠・)			
医薬品陳列場所閉鎖設備	有 ・ 無	閉鎖の方法 ()			
要指導医薬品陳列区画閉鎖設備	有 ・ 無	閉鎖の方法 (陳列設備を施錠・)			
第1類医薬品陳列区画閉鎖設備	有 ・ 無	閉鎖の方法 (陳列設備を施錠・)			
医薬品の保管設備が別の場所にある場合の建物の構造	全体の面積 _____m ² 木造・鉄筋・モルタル・() 造り _____階建て _____階使用				

※床・天井・壁の材質の例: コンクリート・石膏ボード・岩綿吸音板・フローリング・リノリウム・合板・Pタイル・長尺シート 等

店舗の平面図（別紙可。ただし、用紙の大きさはA4もしくはA3とすること。）

寸法を記入し、以下の主要な設備を図示すること

- 冷暗貯蔵設備 鍵のかかる貯蔵設備(毒薬専用保管庫)
- 情報提供設備 要指導医薬品の陳列(保管)設備 第1類医薬品の陳列(保管)設備
- 指定第2類医薬品の陳列場所 レジの場所 医療機器の保管設備 その他（
- 特定販売のための設備（通信に使用する機器、監視のための設備（画像記録設備・画像送信設備・電話機））

※店舗であることをその外観から明らかとする方法の具体を示した図を添付してください。（看板のイメージ図など）

※オフィスビルやショッピングセンター等のフロアの一画に営業所を設ける場合は、当該営業所の位置を明示したフロア全体図を添付してください。

店舗の業務を行う体制の概要等 別紙[2]-1

許可番号		店舗の名称		記入年月日	
要指導医薬品を販売しない開店時間 有であれば要指導医薬品陳列区画の閉鎖設備が必要で→		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品の販売はしない			
		<input type="checkbox"/> 開店時間中は常に要指導医薬品を販売する			
		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品を販売しない開店時間がある			
第1類医薬品を販売しない開店時間 有であれば第1類医薬品陳列区画の閉鎖設備が必要で→		<input type="checkbox"/> 第1類医薬品の販売はしない			
		<input type="checkbox"/> 開店時間中は常に第1類医薬品を販売する			
		<input type="checkbox"/> 第1類医薬品を販売しない開店時間がある			
第1類医薬品以外の一般用医薬品（指定第2類医薬品・第2類医薬品・第3類医薬品）を販売しない開店時間 有であれば医薬品陳列場所の閉鎖設備が必要で→		<input type="checkbox"/> 第1類医薬品以外の一般用医薬品の販売はしない			
		<input type="checkbox"/> 開店時間中は常に第1類医薬品以外の一般用医薬品を販売する			
		<input type="checkbox"/> 第1類医薬品以外の一般用医薬品を販売しない開店時間がある			
特定販売のみを行う営業時間 有であれば監視を行うための設備が必要で→		<input type="checkbox"/> 特定販売はしない			
		<input type="checkbox"/> 特定販売は開店時間中に行う			
		<input type="checkbox"/> 開店時間外に特定販売のみを行う営業時間がある			
通常の営業日及び営業時間	実店舗による販売	① 店舗の営業日と開店時間	営業日	営業(開店)時間 <small>(例) 8:00~21:00</small>	週当たりの時間数 時間 分
		② 第1類医薬品以外の一般用医薬品（指定第2類医薬品・第2類医薬品・第3類医薬品）を販売する営業日と開店時間			時間 分
		③ 要指導医薬品・第1類医薬品を販売する営業日と開店時間			時間 分
	特定販売	④ 特定販売を行う営業日と営業時間			時間 分
		⑤ 開店時間外に特定販売のみを行う営業日と営業時間			時間 分
		⑥ 上記⑤のうち第1類医薬品を販売する営業日と営業時間			時間 分
	⑦ 施設の営業日と営業時間 ※ 大型ショッピングセンター等の施設内に店舗を設ける場合のみ記入			時間 分	

※別紙[2]-1において販売とは販売又は授与のことをいう。

体制省令に基づく措置等について	
営業時間又は営業時間外で相談を受ける時間内における相談があった場合の情報提供及び指導を行うための体制の有無	有 ・ 無
要指導医薬品等の適正販売等を確保するための指針の策定の有無	有 ・ 無
従事者に対する研修の実施体制の有無（特定販売を行う店舗にあつては、特定販売に関する研修を含む。）	有 ・ 無
従事者から店舗販売業者への事故報告の体制の整備の有無	有 ・ 無
要指導医薬品等の適正販売等のための業務に関する手順書の有無	有 ・ 無
要指導医薬品等の適正販売等のための情報の収集その他要指導医薬品等の適正販売等の確保を目的とした改善のための方策の有無	有 ・ 無

許可番号:		薬局(店舗)の名称:		記入年月日:	
管 理 者	氏名				
	住所				
	週当たり勤務時間	時間	分/週		
	種別	薬剤師・登録販売者			
	登録番号	第	号		
	登録年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
そ の 他	氏名				
	住所				
	週当たり勤務時間	(<input type="checkbox"/> 研修中)	時間	分/週	
	種別	薬剤師・登録販売者			
	登録番号	第	号		
	登録年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
薬 剤 師	氏名				
	住所				
	週当たり勤務時間	(<input type="checkbox"/> 研修中)	時間	分/週	
	種別	薬剤師・登録販売者			
	登録番号	第	号		
	登録年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
又 は 登 録 販 売 者	氏名				
	住所				
	週当たり勤務時間	(<input type="checkbox"/> 研修中)	時間	分/週	
	種別	薬剤師・登録販売者			
	登録番号	第	号		
	登録年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
合 計	人数	薬剤師: 人	登録販売者: 人	合計: 人	
	週当たり勤務 時間数合計 (研修中除く)	薬剤師:	時間	分/週	
		登録販売者:	時間	分/週	
		合計:	時間	分/週	
上記のうち開店時間外に 特定販売に従事する 勤務時間数合計	薬剤師:	時間	分/週		
	登録販売者:	時間	分/週		

(注意) 1 本用紙に書ききれない場合には、用紙を追加してください。

2 登録販売者で規則第15条第2項に該当する方は、週当たり勤務時間欄の「研修中」にレ点を記入願います。

店舗販売業の兼営事業の種類等 別紙[4]

許可番号		店舗の名称		記入年月日	
相談時及び緊急時の 連絡先 (電話番号・FAX番号・ メールアドレスなど)	連絡先電話番号等		種別(例:店舗電話番号)		
販売・授与する医薬品の区分 (該当するものにチェックをつけること)		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く。) <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品			
兼営事業の種類(行っている事業にチェックをつけること)					
<input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 管理医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 一般医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業		<input type="checkbox"/> 毒物劇物一般販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物農業用品目販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物特定品目販売業 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			

※以下は、管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること

みなし管理医療機器販売業貸与業届出					
業種		1. 販売業 2. 貸与業			
取扱品目 (取扱う品目にレ点をつけること)	<input type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)	※取扱い品目が家庭用のみの場合は、営業管理者設置は不要			
	<input type="checkbox"/> 管理 (補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特定管理医療機器以外の特定管理医療機器)	営業管理者	<input type="checkbox"/> 管理者	<input type="checkbox"/> 管理者以外の者	
	<input type="checkbox"/> 補聴器	氏名:			
	<input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器	住所:			
	<input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器	営業管理者の資格:(該当する資格にレ点をつけること)			
		<input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(薬剤師) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(みなし合格者 元薬種商) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(基礎講習修了者) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(その他:) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 号			

特定販売に関する事項 別紙[5] ※特定販売を行う場合のみ添付

許可番号		薬局(店舗)の名称		記入年月日	
特定販売で異なる名称の表示 ※実店舗の名称と異なる名称で特定販売を行う場合は「有」にチェック					
<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、右側も記入		名称：			
特定販売で取り扱う医薬品の区分					
<input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品（劇薬を除く） <input type="checkbox"/> 第2類医薬品（指定第2類医薬品を除く）		<input type="checkbox"/> 第1類医薬品		<input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品	
特定販売を行う際に使用する通信手段 ※複数ある場合はすべて記入、通信器具は施設許可面積内にあること					
<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> 電子商取引 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> その他()					
特定販売を行う営業日及び営業時間					
別紙[2]-1のとおり ※営業時間は、資格者が注文内容を確認した時点から運送業者等に引き渡せる状態にするまでの業務を行う時間のこと					
特定販売のみを行う営業日及び営業時間 ※実店舗閉店後も特定販売を行う場合は「有」にチェック					
<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、右側も記入		仙台市が監督を行うために必要な設備 画像を記録する設備： 画像を送信する設備： 通信に使用するメールアドレス： _____ @ _____ 音声を送受信する設備：電話機 ※開店時間外でも対応可能なもの 電話番号：() _____			
特定販売に関する広告（広告の際に使用する通信手段）※複数ある場合はすべて記入					
<input type="checkbox"/> 広告しない※以下、記入不要 <input type="checkbox"/> 広告する ※広告する場合、右側も記入		特定販売の広告方法 <input type="checkbox"/> ダイレクトメール（ <input type="checkbox"/> 郵便・ <input type="checkbox"/> 電子メール） <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> その他（ ）			
広告に記載すべき事項の有無					
薬局(店舗)の管理及び運営に関する事項			(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
要指導医薬品及び一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項			(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
薬局(店舗)の外観の写真			(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
医薬品の陳列の状況を示す写真			(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
現在勤務している薬剤師または登録販売者の別および氏名			(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
開店時間と特定販売を行う時間が異なる場合は、その開店時間及び特定販売を行う時間 ※両時間が同じ場合は「非該当」をチェック			(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 非該当)		
特定販売を行う医薬品の使用期限			(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
医薬品の区分ごとの表示			(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
インターネット利用による特定販売の概要 ※インターネットを利用しない場合、以下記入不要					
ホームページアドレス ※店舗のメインページのアドレス ※店舗固有のアドレスとすること					
閲覧時に必要なパスワード		(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) パスワード： _____			
ホームページ等 構成の概要		別添のとおり (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イメージ図等)			

<申請者が法人の場合必要>

登記事項証明書 (原本)

原則、有効期間は、6ヶ月とします。

使用関係証明書

年 月 日

使用者 住所

氏名

被使用者 住所

氏名

私どもは、下記条件のもとに使用関係にあることを証明します。

記

1 勤務場所の所在地及び名称

所在地:

名称:

2 勤務内容

(該当する内容に○)

- ・店舗管理者(薬剤師)
- ・店舗管理者(登録販売者)
- ・その他の薬剤師
- ・その他の登録販売者

薬剤師免許証
又は販売従事登録証
の写し
(原本持参)

用紙はA4サイズとすること。

業務従事証明書

年 月 日

(あて先) (従事者氏名) 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者

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〕

(連絡先電話番号：)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
住 所	〒
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称： 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 月間)

年 月 ~ 年 月

〔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 月間) 年 月 ~ 年 月〕

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□にレを記入)

- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計 () 時間以上従事した。

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)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 配置販売業にあつては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 薬局又は店舗の名称、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については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 業務の従事期間が2年以上ある登録販売者については、「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。
- 連絡先電話番号欄には当該証明の内容について仙台市保健所から照会があった場合に対応できる電話番号を記載すること。

実務従事証明書

年 月 日

(あて先) (従事者氏名) 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者

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〕

(連絡先電話番号：)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
住 所	〒
薬局又は店舗の名称及び許可番号	名称： 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	

- 実務期間 (年 月 日間)
年 月 ~ 年 月
- 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内容を知り得る実務
 資格者による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
- 実務時間 (該当する□にレを記入)
 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計 () 時間従事した。
- 研修の受講 (外部研修の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 薬局又は店舗の名称、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については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 連絡先電話番号欄には当該証明の内容について仙台市保健所から照会があった場合に対応できる電話番号を記載すること。