

店舗販売業

許可申請の手引き

大阪市健康局生活衛生部

生活衛生課（薬務指導グループ）

目次

1 新規許可申請	1
2 許可申請に必要な書類等	1
3 申請書等記載上の留意事項	4
4 添付書類の省略	6
(1) 添付書類を省略できる申請(届出)者	
(2) 添付書類を省略できない場合	
(3) 省略できる添付書類と条件	
(4) 添付書類を省略する場合	

1 新規許可申請

次の事項に該当する場合には新規許可申請が必要です。

- (1) 新たに店舗を開設する場合
- (2) 経営者が変わる場合（営業権の相続、譲渡、法人の合併など）
- (3) 組織が変わる場合（申請者が個人⇄法人）
- (4) 許可の業種が変わる場合（薬局を店舗販売業に変更する場合など）
- (5) 全面改築を行う場合
（既存の店舗を取り壊して新築する場合〔部分改築は変更として取り扱う。〕）
- (6) 仮店舗を開設する場合
（既存の店舗を全面改築する際など、仮店舗で医薬品の販売を行う場合）
- (7) 店舗を移転する場合（店舗所在地が変わる場合）
- (8) 許可更新申請を許可満了日までに行わなかった場合（期限切れ）

※新たな許可を取得するまでに医薬品の販売・授与を行うと、無許可販売になり、法律により処罰される
ことがあります。

2 許可申請に必要な書類等（申請手数料：29,000円〔現金〕）

※受付処理の他、金融機関での支払手続きが必要なため午後3時30分までにお越しください。

- (1) 店舗販売業許可申請書(医薬品医療機器等法施行規則様式第七十六)
- (2) 店舗管理者及びその他の薬剤師・登録販売者の「氏名」、「住所」、「週当たりの勤務時間数」、「薬剤師名簿の登録番号及び登録年月日又は販売従事登録の登録番号及び登録年月日」を記載した書類
※所定の「資格者一覧表」を用いて作成してください。
- (3) 付近の見取り図
※市場・スーパー・ビル等同一フロアに複数の店舗等がある場合には、当該フロア全体の配置図も必要です。
- (4) 店舗の平面図
- (5) 申請者が法人の場合は登記事項証明書……6か月以内に発行されたもの
- (6) 申請者の診断書(※必要な場合のみ)……3か月以内に発行されたもの
※申請者(申請者が法人の場合、薬事に関する業務に責任を有する役員)が精神の機能の障害により業務を適正に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ないおそれがある者である場合のみ提出が必要です。
- (7) 店舗管理者の雇用契約書の写し又は使用関係を証する書類
ア 申請者が店舗を自ら実地に管理する場合は不要ですが、申請書に「他の場所で薬事に関する実務に従事しない」旨を記載してください。
イ 法人の役員が店舗管理者の場合には、雇用契約書の写し等に代えて、当該店舗を実地に管理する旨の記載がある誓約書が必要です。
- (8) 店舗管理者以外に雇用する薬剤師又は登録販売者がいる場合は、その薬剤師又は登録販売者の雇用契約書の写し又は使用関係を証する書類
※申請者が薬剤師又は登録販売者として従事する場合は不要です。
※派遣の場合は、派遣元及び申請者の両方の使用関係証書が必要です。
- (9) ア 店舗管理者及びその他従事者の薬剤師免許証・販売従事登録証の写し(提示)

イ 店舗管理者が、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)を受けた者である場合は、再教育研修修了登録証の写し(提示)

※ 免許証等は、必ず申請者の責任で原本を確認してください。

ウ 特定管理医療機器を販売する店舗において、登録販売者(試験合格者)が店舗管理者となる場合、特定管理医療機器の販売に係る資格を証する書類を併せて提示してください。店舗管理者とは別に特定管理医療機器の管理者を指定する場合は、申請書の備考欄にその旨を記載してください。

(10) 登録販売者を管理者とする場合は、管理者の実務又は業務経験を証明、確認する書類及び勤務状況報告書(詳細については、「登録販売者制度の取扱い等について」(令和5年3月31日薬生発0331第16号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知)をご確認ください。)

実務又は業務経験	提出資料
過去5年間のうち、従事期間が通算2年以上あり、かつ、過去5年間に於いて、合計1920時間以上従事した者	業務(実務)従事証明書 勤務状況報告書
過去5年間のうち、従事期間が通算1年以上あり、かつ、過去5年間に於いて、合計1920時間以上従事した者であって、追加的研修を修了した者	業務(実務)従事証明書、勤務状況報告書、 継続的研修並びに追加的研修修了証
従事期間が通算して1年以上であり、過去に店舗管理者として業務に従事した経験のある者(注)	業務(実務)従事確認書 勤務状況報告書

(注)過去に店舗管理者としての業務の経験がある者の従事期間に関して、月当たりの時間数にかかわらず月単位で従事した期間が通算して1年以上あり、かつ、合計1920時間以上従事した場合についても、要件を満たしたものとみなして差し支えない。

(11) 勤務表 ※登録販売者にあつては、管理者要件を満たす者か研修中の者か明らかにしてください。

(12) 体制省令に準拠した指針・手順書

- ・「医薬品の販売又は授与を行う体制の概要」を示す書類として作成してください。
- ・指定濫用防止医薬品の販売又は授与にあつては指定濫用防止医薬品販売等手順書を作成してください。
- ・申請時には、指針・手順書とそれらの概要を示すもの(下記例参照)を提出してください。

【例:指針・手順書の項目】

指針の項目	(1) 要指導医薬品等の適正販売等を確保するための基本的考え方に関する事項 (2) 従業者に対する研修の実施に関する事項 (3) 従事者から店舗販売業者への事故報告の体制の整備に関する事項 (4) 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作成及び当該手順書に基づく業務の実施に関する事項 (5) 要指導医薬品等の適正販売等のために必要となる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実施に関する事項
手順書の項目	1. 医薬品の適正販売等のための業務に関するもの (1) 店舗で取り扱う医薬品の購入に関する事項 (2) 医薬品の管理に関する事項(医薬品の保管場所、医薬品医療機器等法等の法令により適切な管理が求められている医薬品(要指導医薬品、第一類医薬品、指定第二類医薬品等)の管理方法等) (3) 医薬品の販売及び授与の業務に関する事項(購入者等情報の収集、医薬品の選択、情報提供方法等) (4) 医薬品情報の取扱い(安全性・副作用情報の収集、管理、提供等)に関する事項 (5) 事故発生時の対応に関する事項(事故事例の収集の範囲、事故後対応等) (6) 医薬品の貯蔵、陳列、搬送等の手順に関する事項 (7) 医薬品の譲受時の確認に関する事項 (8) 偽造医薬品の混入や開封済み医薬品の返品を防ぐための返品の際の取扱いに関する事項 (9) 貯蔵設備に立ち入ることができる者の範囲と立ち入る際の方法に関する事項 (10) 医薬品の譲渡時の文書同封に関する事項 (11) 封を開封して販売・授与する場合に関する事項 (12) 偽造医薬品や品質に疑念のある医薬品を発見した際の対応に関する事項 (13) その他、偽造医薬品の流通防止に向け、医薬品の取引状況の継続的な確認や自己点検の実施等に関する事項 (14) 購入者等の適切性の確認や返品された医薬品の取扱いに係る最終的な判断等、管理者の責任において行う業務の範囲に関する事項 2. 指定濫用防止医薬品の販売又は授与に関するもの (1) 販売又は授与の方法に関する事項 (2) 情報提供及び確認に関する事項 (3) 陳列に関する事項 (4) 頻回購入・多量購入を希望する購入希望者への対応に関する事項 (5) その他適正な販売又は授与に必要なと考えられる事項

(13) 特定販売に関する書類(特定販売を行う場合のみ)

(添付書類)

ア 医薬品の貯蔵・陳列場所、通信設備の設置場所が記載された店舗の平面図

イ 特定販売を行うことについてインターネットを利用して広告する場合は、主たるホームページの構成の概要を示した下記書類(複数のホームページを開設している場合は、それらの全てについて関連する書類を添付すること)

- ・ ホームページのトップページ
- ・ 医薬品の表示内容(個別の販売ページ、販売する医薬品一覧、検索結果等)
- ・ 店舗の管理及び運営に関する事項
- ・ 薬局製造販売医薬品、要指導医薬品、一般用医薬品及び指定濫用防止医薬品の販売に関する制度に関する事項
- ・ 店舗の主要な外観の写真
- ・ 要指導医薬品(特定要指導医薬品を除く。)又は一般用医薬品の陳列の状況を示す写真
- ・ 現在勤務している薬剤師又は登録販売者の別及びその氏名
- ・ 開店時間と特定販売を行う時間が異なる場合にあっては、その開店時間及び特定販売を行う時間
- ・ 特定販売を行う要指導医薬品(特定要指導医薬品を除く。)又は一般用医薬品の使用期限

ウ カタログ等を用いて特定販売を行う場合は、イと同様にその概要が分かる資料

エ 入手方法等に関する資料

ホームページを開設せず、アプリケーションソフト等を利用して特定販売を行う場合には、当該ソフト等の入手方法等に関する資料を添付すること。

※法令の定めその他、大阪市が定める審査基準があります。

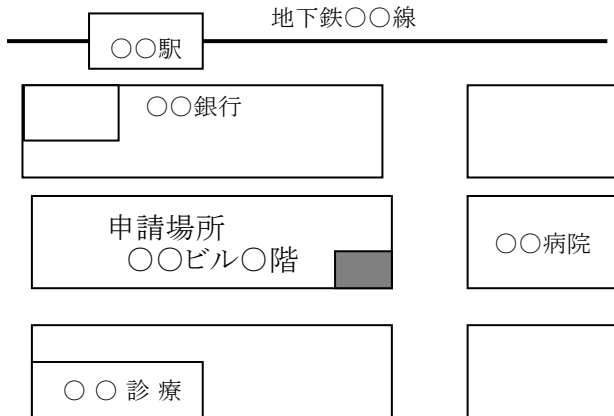
※販売従事登録と店舗販売業の同時申請を行う場合については、別途ご相談ください。

※必要書類のうち、一部省略できる場合がありますので、「添付書類の省略」をご参照ください。

なお、店舗販売業と併せて高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可申請又は毒物劇物販売業の登録申請を行う場合は、別途手続きが必要です。

3 申請書等記載上の留意事項

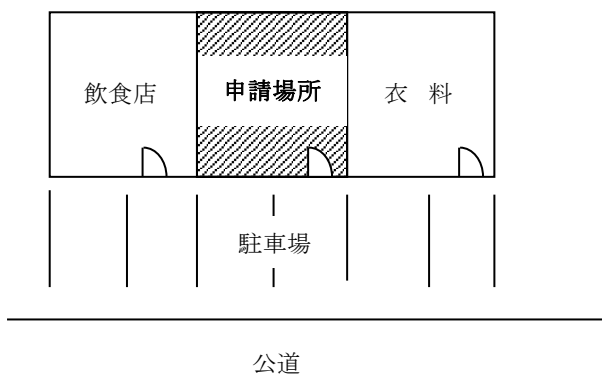
○付近の見取り図記載例



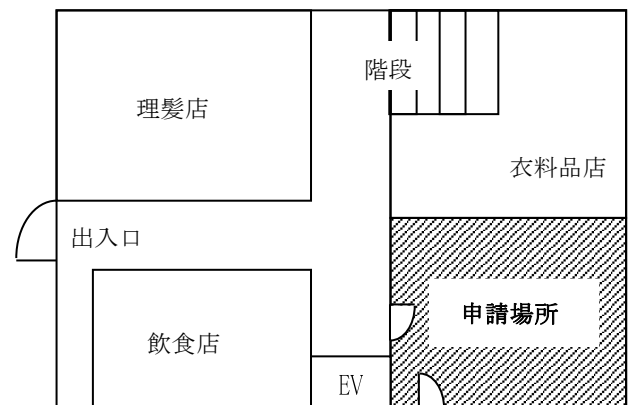
駅、バス停などの公共施設等や、目標となるような建物との位置関係が把握できるように記載してください。
(住宅地図等のコピーでも構いません。)

○フロア図記載例

【例1】



【例2】



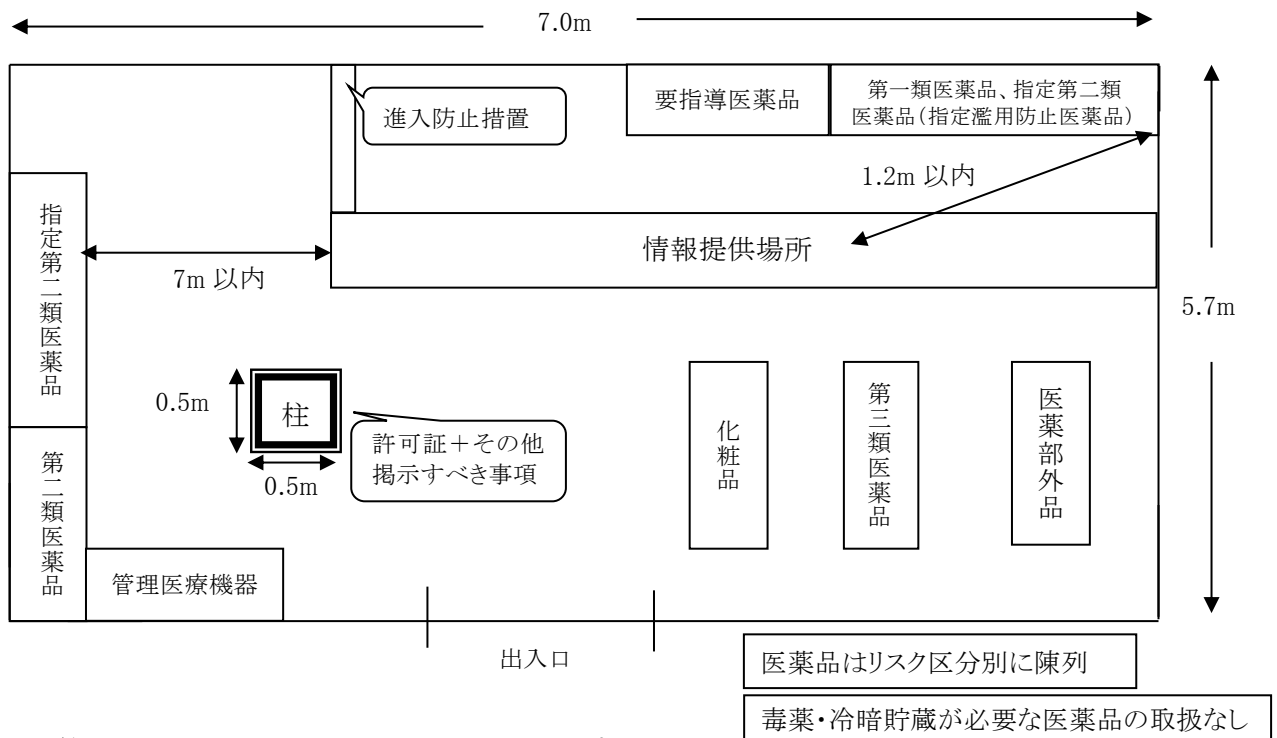
○店舗の平面図

- 1 店舗が他の場所(当該店舗の事務所等の付属設備、自宅を除く)へ行くための通路となる構造であってはけません。
- 2 定規等を用いて正確な縮尺で作成してください。(建築関係図面の転用可)
- 3 店舗の面積が算出できるよう、内ので寸法を記入してください。階段の下、柱がある場合にはその部分の寸法を記入してください。
- 4 平面図の余白欄に店舗面積の算出式を記入してください。
- 5 店舗の出入口、住居等との区画を明確に記載してください。
- 6 情報提供設備の場所を記載してください。
- 7 要指導医薬品及び一般用医薬品は、購入者がわかりやすいように区分ごとに陳列し、その陳列場所を記載してください。
- 8 要指導医薬品及び第一類医薬品を販売等する場合は、当該医薬品の陳列設備から1.2m以内の範囲に購入者が進入できない措置を採ってください。ただし、鍵をかけた陳列設備又は購入者が直接手の触れられない陳列設備に陳列する場合はこの限りではありません。

- 9 指定濫用防止医薬品(第二類医薬品又は第三類医薬品に限る。)を販売等する場合は、陳列する陳列設備から 1.2m以内の範囲に購入者が進入できない措置が採られていること又は鍵をかけた陳列設備等購入者が直接手の触れられない陳列設備に陳列してください。ただし、指定濫用防止医薬品を陳列しない場合又は指定濫用防止医薬品の陳列設備から7m以内の範囲に情報提供設備を置き、資格者を継続的に配置する場合は、この限りではありません。
- また、薬局製造販売医薬品、要指導医薬品又は第一類医薬品である指定濫用防止医薬品を販売する場合は、医薬品の区分に応じ、法令で定められた陳列方法に従って陳列してください。
- 10 指定第二類医薬品を販売する場合は、指定第二類医薬品を情報提供設備から7m以内の範囲の場所に陳列してください。ただし、鍵をかけた陳列設備又は陳列設備から 1.2m以内の範囲に購入者が進入できない措置が採られている場合はこの限りではありません。
- 11 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売等しない時間帯がある場合は、シャッター、パーテーション、チェーン等の構造設備により物理的に遮断され、進入することが困難な設備を設置し、その場所を記載してください。
- 12 毒薬保管庫、冷暗貯蔵設備がある場合、位置を記入してください。
(取り扱わない場合は、その旨を余白等に記入してください。)
※毒薬保管庫は容易に移動できないよう固定し、その材質はガラス等壊れやすいものは避けてください。
- 13 毒物劇物販売業を併せて行う場合には、毒物劇物保管庫の位置も記入してください。
※毒物劇物保管庫(固定・堅固・施錠・表示)は、店舗の情報提供設備の内側等目立たない場所に設置し、その位置を記入してください。
- 14 高度管理医療機器もしくは管理医療機器の販売等を併せて行う場合は、店舗内に医療機器の保管場所を記載してください。

○店舗の平面図記載

【例】



〈面積算出式〉 $7.0 \times 5.7 - (0.5 \times 0.5) (\text{柱}) = 39.7 \text{ m}^2$

(面積算出については、小数点第2位を四捨五入し、小数点第1位まで算出してください。)

4 添付書類の省略

(1) 添付書類を省略できる申請(届出)者

次の者が本市内で申請・変更届等を行う場合であって、既に当該書類を本市に提出又は提示している場合

- ア 医薬品医療機器等法に係る薬局開設、医薬品販売業又は高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可を受けた者又は許可申請中の者
- イ 医薬品医療機器等法に係る管理医療機器販売業・貸与業の届出を行った者
- ウ 毒物及び劇物取締法に係る毒物劇物販売業の登録を受けた者又は登録申請中の者
- エ 毒物及び劇物取締法に係る業務上取扱者の届出を行った者

※同一申請(届出)者による場合に限りです。

(2) 添付書類を省略できない場合

- ア 期限切れにより、新たに許可申請する場合
- イ 既許可店舗を廃止してから30日を超えて申請する場合

(3) 省略できる添付書類と条件

- ア 登記事項証明書・申請者の診断書
※提出後に変更があった場合は、省略できません。
- イ 薬剤師免許証及び販売従事登録証の写し(提示)
※大阪府に提示していても本市に提示していない場合は、省略できません。
- ウ 雇用契約書の写し又は使用関係証書
※ただし、店舗管理者については省略できません。

(4) 添付書類を省略する場合

申請書の備考欄へ記載してください。

(例)本申請に係る添付書類(〇〇)は、医薬品販売業(第〇〇号)の申請書(変更届書)に添付済み。

店舗販売業許可申請書

「薬局」「ファーマシー」の
名称は使用できません。

店舗の名称	〇〇ドラッグストア		電話(06 - xxxx - xxxx)
店舗の所在地	〒xxx - xxxx 大阪市〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ビル1階		
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の業務を行う体制の概要	別紙のとおり		
(法人にあっては)薬事に関する業務に責任を有する役員の名	〇〇 〇〇、△△ △△△、□□ □		
通常の営業日及び営業時間	月曜～金曜 〇時～〇時		
相談時及び緊急時の連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
特定販売の実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
申請者(法人にあっては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)の欠格条項	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(3)	当該事実がないときは「なし」 法人の場合、業務に責任を有する役員が複数名いる場合は、「全員なし」と記載。	全員なし
	(4)	あるときは、(1)欄及び(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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った場合はその年月日を、(4)欄にあってはその違反の事実及び年月日を記載。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がいに係る医師の診断書を添付。	全員なし
	(5)		全員なし
	(6)	精神の機能の障がいにより医薬品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	全員なし
	(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	全員なし
店舗において販売し、又は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 checked="" type="checkbox"/> 該当する箇所を☑ <input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品		
兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 管理医療機器 <input type="checkbox"/> 一般医療機器		
備考	【添付書類の省略】 <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証/販売従事登録証 (氏名:) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他() () の申請書 (変更届書) に添付済み。		

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和 年 月 日

個人の場合は現住所・個人名を記載。法人の場合は登記された本店の所在地、商号及び代表者の役職名、氏名を記載。

住所 (法人にあっては、主たる事業所の所在地) 〒〇〇〇-〇〇〇〇
東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名) 株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

大阪市長

担当者とその連絡先を記載。

〔連絡先〕 担当者名: 〇〇 〇〇

電話番号: xx - xxxx - xxxx

勤務表

店舗名称	○△ドラッグ	許可番号	○○V○○○○○
------	--------	------	----------

ア

月	<input checked="" type="checkbox"/>	火	<input checked="" type="checkbox"/>	水	<input checked="" type="checkbox"/>	木	<input checked="" type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	土	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	(5 日/週)	10 : 00 ~ 22 : 00
月	<input type="checkbox"/>	火	<input type="checkbox"/>	水	<input type="checkbox"/>	木	<input type="checkbox"/>	金	<input checked="" type="checkbox"/>	土	<input type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	(1 日/週)	9 : 00 ~ 14 : 00
月	<input type="checkbox"/>	火	<input type="checkbox"/>	水	<input type="checkbox"/>	木	<input type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	土	<input checked="" type="checkbox"/>	日	<input type="checkbox"/>	(1 日/週)	9 : 00 ~ 12 : 00

ウ

1週間あたりの合計		
営業時間	68	時間
開店時間	68	時間 ①

イ

時間	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	計
営業時間													5
開店時間													5
特定販売時間													5
医薬品販売時間													5
要指導医薬品 又は第一類医薬品													5
薬剤師													5
登録販売者													5

エ

1週間あたりの合計		
医薬品販売時間	68	時間 ②
第一類医薬品 販売時間	68	時間 ③
要指導医薬品 販売時間	68	時間 ④
要指導又は第一 類医薬品販売時間	68	時間 ⑤

カ

薬剤師	勤務時間	薬剤師	勤務時間
1 (管) 大阪 太郎	40	13	
2 大阪 一郎	40	14	
3 大阪 次郎	40	15	
4 大阪 花子	30	16	
5 大阪 四郎	5	17	
6 大阪 六郎	0	18	
7		19	
8		20	
9		21	
10		22	
11		23	
12			
勤務時間合計 ⑧		155	

登録販売者	勤務時間	登録販売者(研修中)	勤務時間
1 京都 三郎	35	1 奈良 五郎	30
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7		7	
8		8	
9		9	
10		10	
11		11	
勤務時間合計 ⑨	35	勤務時間合計 ⑩	30

オ

情報提供場所		
合計	1	箇所 ⑥
(内)要指導・ 第一類医薬品用	1	箇所 ⑦

体制省令関係

$⑧ \div ⑦ \div ⑤$	2.28	≥ 1
$(⑧+⑨) \div ②$	2.79	≥ 1
$(⑧+⑨+⑩) \div ⑥ \div ②$	3.24	≥ 1

キ

(薬局のみ記載)	⑧ \geq ①となっていること	<input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ <input type="checkbox"/> 否
------------	--------------------	--

以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること

総取扱 処方箋枚数 (A)	枚	(眼科・耳鼻科・歯科) $\times 2/3 +$ その他の診療科	前年において業務を 行った期間及び日数 (B)	月 日 ~ 月 日 (日数) 日
1日あたり の受取処 方箋枚数 (A/B)	枚	必要薬剤師数 40枚毎1名	イ	就業時間 現在の勤務体制による 算出薬剤師数
		名	口	時間/週 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 \leq 口であれば員数を満たしていることになります。

勤務表(記載時の留意点)

※ 本市ホームページからダウンロードしたエクセルファイルの場合、必要事項を正しく記載すると、「1週間あたりの合計」、「開店時間中の1週間あたり合計」のうち「医薬品販売時間」、「体制省令関係」のセルは自動的に計算されます。

(ア) 営業時間

店舗又は薬局の営業曜日と時間を記載してください。(医薬品以外の物を販売する時間を含む。)

営業時間等が同じである曜日はまとめて☑してください。

(イ) 営業時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間(斜線部分)

営業時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間を塗りつぶすか、線を引いて、何時から何時まで営業・勤務しているかをわかるように記載してください。

(ウ) 1週間あたりの合計

- ・ 営業時間：医薬品以外の物を販売する時間を含めた店舗の営業時間。(特定販売のみ行う時間を含む)
- ・ 開店時間：営業時間のうち特定販売のみを行う時間を除いた時間。

(エ) 開店時間中の1週間あたり合計

- ・ 医薬品販売時間：要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する時間。
- ・ 第一類医薬品販売時間：第一類医薬品を販売する時間。
- ・ 要指導医薬品販売時間：要指導医薬品を販売する時間。
- ・ 要指導又は第一類医薬品販売時間：要指導医薬品又は第一類医薬品を販売する時間。

(オ) 情報提供場所

医薬品を取扱う場合は、相談カウンター等、情報提供を行うための設備の合計数を⑥に記載してください。

要指導・第一類医薬品を取扱う場合は、要指導・第一類医薬品の情報提供を行うための設備数を⑦に記載してください。(要指導・第一類薬品の情報提供場所を別で設置しない場合、⑥⑦は同じ数になります。)

(カ) 薬剤師・登録販売者・登録販売者(研修中)の氏名と勤務時間

勤務している薬剤師・登録販売者の氏名と一週間の勤務時間を記載してください。また、合計時間を記載してください。

過去5年間の間に2年以上の実務・業務経験がない研修中の登録販売者については、「(研修中)」欄に記載してください。

管理者については、1の枠に管理者の氏名を記載し、「管」に○を記入してください。

(キ) 処方箋枚数等の記載

薬局のみ記載してください。

処方箋枚数が1日40枚以下の薬局の場合は、2行目以降の記載の必要はありません。

【記載例】

特定販売に関する書類

(法第4条第3項4号関係、法第26条第3項第5号関係)

<p>① 特定販売を行う際に使用する 通信手段</p> <p style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">該当箇所をチェックする</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>インターネット <input type="checkbox"/>アプリケーションソフト <input type="checkbox"/>郵便 <input checked="" type="checkbox"/>電子メール <input checked="" type="checkbox"/>ビデオ通話 <input checked="" type="checkbox"/>電話 <input type="checkbox"/>FAX <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>② 特定販売を行う医薬品の区分</p> <p style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">該当箇所をチェックする</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>要指導医薬品 (特定要指導医薬品を除く。) <input type="checkbox"/>第一類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/>指定第二类医薬品 <input checked="" type="checkbox"/>第二类医薬品 <input checked="" type="checkbox"/>第三類医薬品 <input type="checkbox"/>薬局製造販売医薬品 (毒薬及び濺薬であるものを除く。)</p>
<p>③ 特定販売を行う時間</p>	<p>営業時間と同じ</p>
<p>④ 営業時間のうち特定販売のみを行う 時間がある場合は、その時間</p>	<p>12～13時</p> <div style="border: 2px dashed red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>注意 要指導医薬品の特定販売を行う場合には、映像及び音声の 送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話をする ことが可能な通信手段 (例: ビデオ通話) を備えてください</p> </div>
<p>⑤ 保健所設置市等が特定販売の実施方 法に関する適切な監督を行うために 必要な設備の概要 ※④に該当する場合のみ記入してください。</p> <p style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">該当箇所をチェックする</p>	<p>画像又は映像を撮影・電送する設備 <input checked="" type="checkbox"/>テレビ電話 <input type="checkbox"/>デジタルカメラ <input type="checkbox"/>電子メールで送信するためのパソコン、インターネット回線等 <input type="checkbox"/>現状についてリアルタイムでやりとりできる電話機・電話回線 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>⑥ 特定販売を行うことについての広告 に、申請書に記載する薬局 (店舗) の 名称と異なる名称を表示するとき は、その名称</p>	<p>〇〇 ウェブストア</p>
<p>特定販売を行うこ とについてインタ ーネットを利用し て広告するとき</p>	<p>⑦ 主たるホームペ ージアドレス</p> <p>https://www. ■■■. ■■■. ■■. jp/ (パスワード ■■■■■■■■) ← ホームページを閲覧するた めにパスワード等が必要な 場合は記入してください。</p> <p>https://www. ■■■. ■■■. ■■. jp/ https://www. ■■■. ■■■. ■■. jp/</p>
<p>⑧ 広告の手段</p> <p style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">該当箇所をチェックする</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/>インターネット <input type="checkbox"/>アプリケーションソフト <input type="checkbox"/>カタログ <input type="checkbox"/>チラシ <input type="checkbox"/>はがき・ダイレクトメール <input type="checkbox"/>その他 ()</p>

◎特定販売に関する書類等の記載時の留意点

1 「①特定販売を行う際に使用する通信手段」

要指導医薬品の特定販売を行う場合には、映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話を行うことが可能な通信手段(例:ビデオ通話)を備えてください。なお、特定要指導医薬品は特定販売できません。

また、指定濫用防止医薬品の特定販売を行う場合には、その数量又は購入者の年齢により、映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話を行うことが可能な通信手段(例:ビデオ通話)による情報の提供を行わなければならない場合があります。

2 「⑤保健所設置市等が特定販売の実施方法に関する適切な監督を行うために必要な設備の概要」

- ・ 開店時間外に特定販売のみを行う営業時間がない場合には、記載する必要はありません。
- ・ 開店時間外に特定販売を行っている営業時間がある場合に、保健所設置市等が特定販売の実施方法を適切に監督する観点から、画像又は映像をパソコン等により都道府県等の求めに応じて直ちに電送できる設備(※)を整備する必要があります。
- ・ (※)デジタルカメラ、電話、電子メール、デジタルカメラで撮影した画像を電子メールに添付して電送するために必要な設備(ケーブル等)。デジタルカメラは、薬局・店舗内の人や様子をはっきりと撮影できる機能を有するものを備えてください。

3 「⑦主たるホームページアドレス」

- ・ 一般用医薬品を広告しているホームページのうち、当該一般用医薬品を購入する者等が通常最初に閲覧するホームページアドレスを記載してください。(医薬品販売サイトのトップページ・メインページのアドレス。必ずしも薬局等のトップページのアドレスではありません。)
- ・ 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してください。
- ・ 一つの薬局等が複数のホームページを開設している場合には、それらの全ての主たるホームページアドレスを記載してください。ただし、それら全てのホームページへのリンクをまとめたホームページをまとめたホームページを開設している場合は、そのホームページアドレスを提出することで差し支えありません。

4 店舗の平面図

店舗の平面図に医薬品の貯蔵・陳列場所、通信設備を記載してください。

※通信設備を個人の携帯電話等で代用することは認められません。

