

店舗販売業許可申請書

店 舗 の 名 称		電話()	
店 舗 の 所 在 地		〒	
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	
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。)の欠格事項	(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	
	(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)	精神の機能の障がいにより(薬局開設者・医薬品販売業者・製造販売業者・製造業者・高度管理医療機器等の販売業者等)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)	(薬局開設者・医薬品販売業者・製造販売業者・製造業者・高度管理医療機器等の販売業者等)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	
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1類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3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		(店舗管理者) 薬剤師・登録販売者 (店舗管理者を補佐する薬剤師の設置) あり・なし	

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

年 月 日

〒

住 所(法人にあっては、主たる事業所の所在地)

氏 名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

大阪市長

(申請者電話番号：)