

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(法人にあつては、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、取消の日から3年を経過していない者	
	(3)	拘禁刑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	
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 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

〒

住 所 (法人にあつては、主たる事業所の所在地)

氏 名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名)

大阪市長

[連絡先] 担当者名 :

電話番号 :