

店 舗 販 売 業 許 可 申 請 書

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話
住所

氏名
(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、店舗販売業の許可を申請します。

店 舗 の 名 称			
店 舗 の 所 在 地		〒 (電話) (FAX) (e-mail) 広島市 区	
店 舗 の 構 造 設 備 の 概 要			
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要			
(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(該当する項目に☑してください。)		☐ 有 ☐ 無	
有する役員(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		
	(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に違反し、その違反行為があった日から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 (該 当 す る 項 目 に ☑ し て く だ さ い 。)		冷暗貯蔵が必要な医薬品の取扱い (☐ 有 ☐ 無) 毒薬の取扱い (☐ 有 ☐ 無)	
担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等		(電話)	

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	調査年月日	施設基準等 適 ・ 否	審査者	許可年月日	許可番号 第 号		
	(受付)		(伺い)				
	係	専門員	係	係長	課長	照合	公印

(注意)

- 1 店舗の構造設備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、別紙を添付してください。
- 2 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、別紙を添付してください。
- 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してください。
- 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)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違反した年月日を記載してください。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してください。
- 5 特定販売の実施の有無欄に有とした場合は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第26条第3項第5号で定める事項を記載した書類を添付してください。