

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

(法人にあつては、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		〒 広島市 (電話) 区 (FAX)
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		
(法人にあつては) 店舗販売業者の業務を行う役員の氏名		
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。)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
申請者(法人にあつては、その業務を行う役員を含む。)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たこと	
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	
	(4) 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たこと	
備 考	冷暗貯蔵が必要な医薬品の取扱い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 毒薬の取扱い <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (該当する項目に☑してください。)	
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	(施設調査)							
	調査年月日	施設基準等	審査者	許可年月日	許可番号			
		適 ・ 否			第 号			
	(受付)	(伺い)						
	係	専門員	係	係長	課長	照合	公印	施行

(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(4)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っ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。