

収入証紙 (29,000円分の)

貼付欄 (奈良県収入証紙を貼付)

様式第七十六号

店舗販売業許可申請書

店舗の名称	〇〇薬店
店舗の所在地	テナントビル等に入居している場合は、ビル名及び階数を明記
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を行う体制の概要	「別紙のとおり」とし、勤務表（共通様式13）を添付すること
（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	責任役員の氏名を記載して下さい。
通常の営業日及び営業時間	曜日ごとに記載。祝休日についても記載
相談時及び緊急時の連絡先	電話番号の他、メールアドレス等を記載
特定販売の実施の有無	有 ・ 無 インターネット、電話、カタログ、ダイレクトメール等を利用して医薬品を通信販売する場合は有に〇をし、別紙「特定販売を行っている場合」に、記載し提出すること。
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。）の欠格事項	(1) から (7) ない場合は『なし』（法人の場合は、『全員なし』）と記載
備考	①省略書類がある場合は、下記の例を参考に記載して下さい。 （※登記事項証明書・薬剤師免許証・雇用契約書は、年 月 日、許可番号 に係る 許可申請・変更届 に添付済みのため省略） ②「冷暗所保存の医薬品を取り扱わない」、「毒薬は取り扱わない」場合は、それぞれ備考欄にその旨明記すれば、冷暗所、毒薬保管庫（かぎのかかる貯蔵設備）は設置不要です。

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

年 月 日

住 所

法人にあつては、主たる事務所の所在地

氏 名

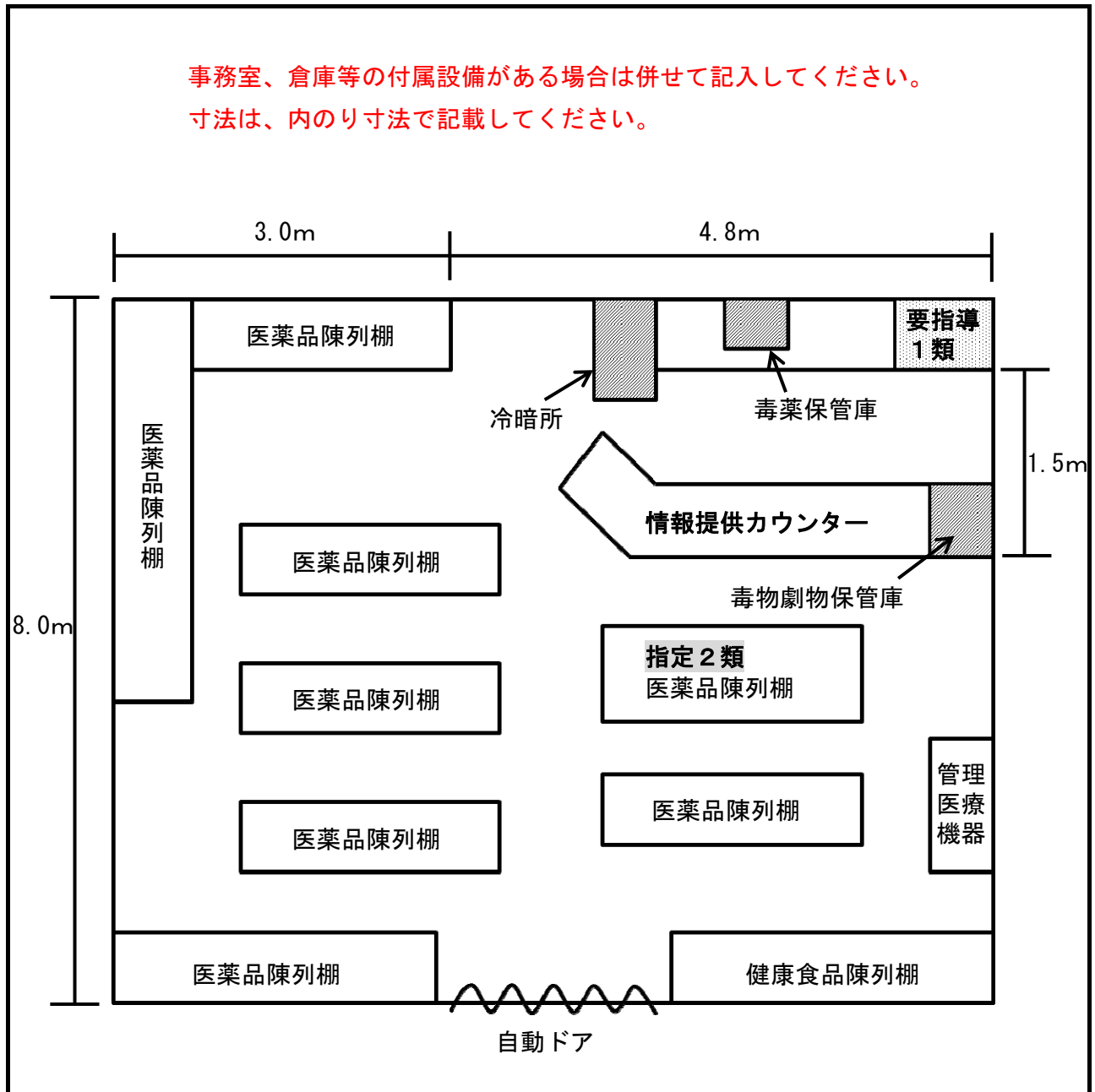
法人にあつては、名称及び代表者の氏名

TEL

奈良県知事 殿

店 舗 平 面 図

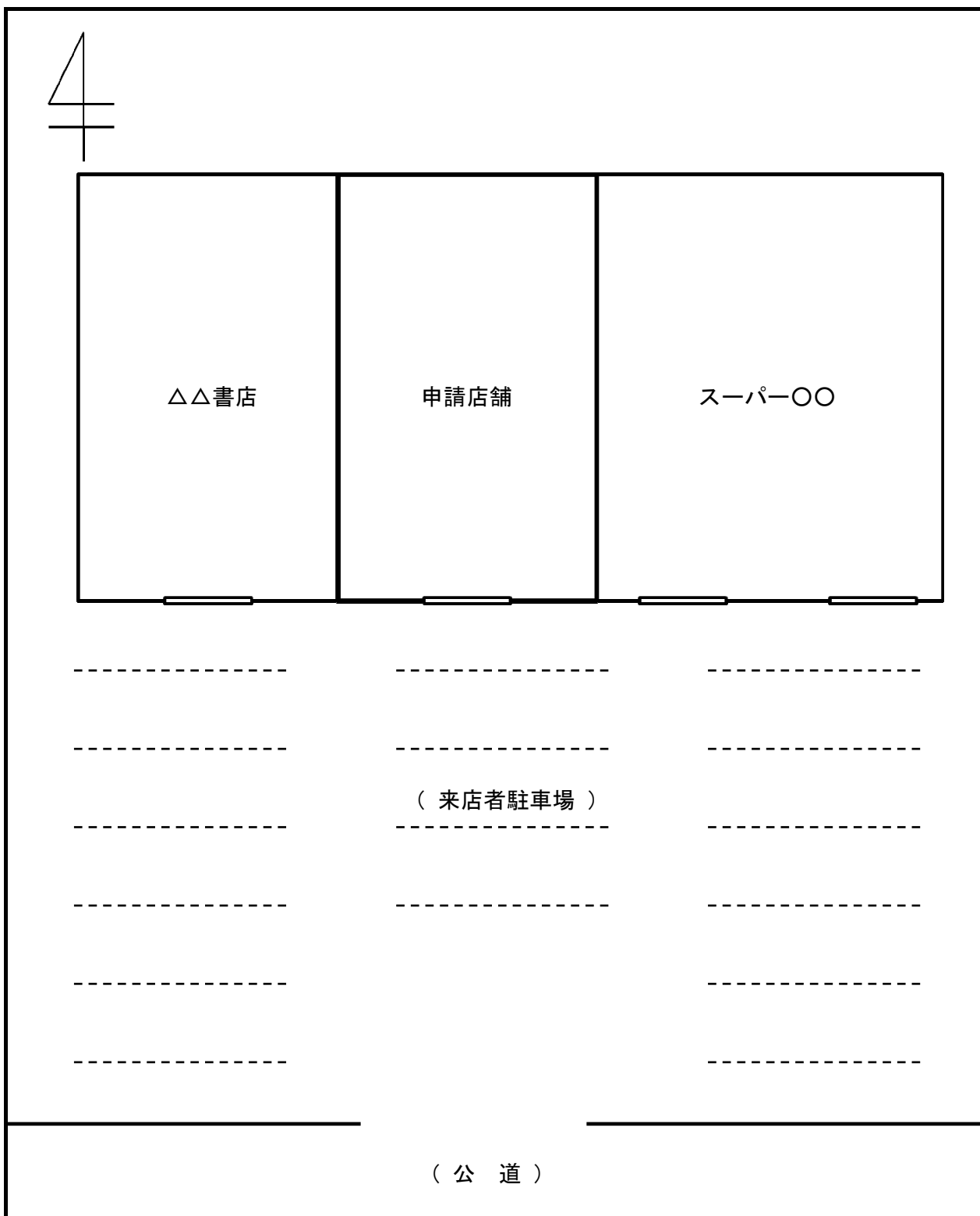
事務室、倉庫等の付属設備がある場合は併せて記入してください。
 寸法は、内のり寸法で記載してください。



【設 備】 1. 採 光	蛍光灯	8.0	W	14	個	電 灯	W	個	
2. 鍵の設備	縦	cm	×	横		cm	×	奥行	cm
3. 冷 暗 所	縦	cm	×	横		cm	×	奥行	cm
4. 毒物劇物貯蔵設備の構造	材質								
	縦	cm	×	横		cm	×	奥行	cm

2は、毒薬を取扱わない場合は、申請書表紙の備考欄にその旨を記載すれば、設置不要。
 3は、冷暗貯蔵の医薬品を取扱わない場合は、申請書表紙の備考欄にその旨を記載すれば、設置不要。
 4は、毒物劇物を取扱う場合のみ設置が必要。販売にあたっては、別途、登録申請が必要。

店舗敷地内の建物の配置図



(記載上の注意)

- 1 店舗と同一敷地内にある全ての建物（住居、店舗等）、敷地に接する公道、駐車場及び方角を記入すること。
(例：店舗が建物の一画の場合は、その建物全体の見取図を書くこと。)
- 2 建物が高層の場合は、店舗の所在階数を明記し、同一フロアについて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A4又はA3の用紙とすること。

【共通様式 3】

店舗の所在地略図（付近見取図）

所在地	
店舗の電話番号	電話設置前の場合は、設置後に薬務課薬事係まで連絡して下さい。 薬事係 TEL : 0742-27-8670
その他の連絡方法	F A X、本社の電話番号があれば記載

N

【記載上の注意】

〔 実地検査、許可後の薬事監視等に利用しますので、最寄り駅・幹線道路等からの道を詳しく記入して下さい。 店舗駐車場がある場合は、併せて記入して下さい。 〕

（記載上の注意）

- 1 最寄り駅、幹線道路等からの詳細な経路が分かるよう記入すること。
- 2 店舗駐車場がある場合は、併せて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A 4 又は A 3 の用紙とすること。

【共通様式7】

使用関係を証する書類

既に他の申請・届出の添付書類として薬務課に提出済みであって、その内容に変更がない場合は省略可能です。

事業主 住所
氏名

従事者 住所
氏名

1 期間 年 月 日から

現地調査日以前が望ましい

2 勤務方法

① 時間

9時 30分から 22時 30分まで
(シフト制 月 40時間勤務)

労働基準法等に抵触しないか予め確認して下さい。

② 休日

3 給与

月額
時給

1,700円
土日・20時以降は時給2,000円

月額又は時給を○で囲む

4 業務

薬局管理者 ・ 店舗管理者 (薬剤師 ・ 登録販売者)

営業所管理者 (薬剤師 ・ 薬剤師以外の者)

区域管理者 (薬剤師 ・ 登録販売者)

医療機器営業所管理者 ・ 毒物劇物取扱責任者

その他の薬剤師 ・ その他の登録販売者

5 その他

担当する業務を○で囲む
兼務も可能

年 月 日

【勤務方法について】

- ・勤務時間が固定の場合はその時間帯を記載して下さい。
- ・店舗の営業時間が長く、従事者がシフト制で勤務する場合は、勤務する可能性のある時間帯を記載し、下段に()でシフト制である旨、及び週あたりの勤務時間を記載して下さい。
- ・店舗管理者、営業所管理者は、常勤で、かつ1週間あたりの勤務時間が32時間以上確保されていることが必要です。

販売・授与する医薬品の区分		要指導医薬品 ・ 第1類医薬品 ・ 指定第2類医薬品 第2類医薬品 ・ 第3類医薬品 店舗で販売・授与する医薬品の区分を○で囲んで下さい。		
併せ行うその他の業務の種類		同一店舗で、高度管理医療機器販売業、毒物劇物販売業などを兼業している場合のみ記載		
店舗 管理者	氏名	奈良 花子		
	住所	奈良市○○町△—△		
	週当たり勤務時間数	40時間		
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第×××××号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名			
	住所			
	週当たりの勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
	週当たりの勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日
	氏名			
	住所			
	週当たりの勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

↑

裏書きのある場合は
当初登録年月日を記載

※インターネット、電話、カタログ、ダイレクトメール等を利用して医薬品を通信販売する場合に、記載し提出すること。

特定販売を行っている場合

<p>特定販売を行う際に使用する通信手段</p>	<p>インターネット・電話・カタログ・ダイレクトメール 折込みチラシ・雑誌広告 その他（ ）</p>
<p>特定販売を行う医薬品の区分</p>	<p>第1類医薬品・指定第2類医薬品・第2類医薬品 第3類医薬品・薬局製造販売医薬品 インターネット、電話、カタログ、ダイレクトメール等を利用して通信販売する医薬品の区分を○で囲む</p>
<p>特定販売のみを行う時間がある場合はその時間</p>	<p>月～金 19:00～21:00 特定販売のみを行う時間とは、閉店後インターネット等で受信した注文内容を薬剤師や登録販売者が確認した時点から運送業者等に医薬品を引き渡せる状態にするまでの時間をいい、夜間にメールやFAXで単に注文のみを受け付ける時間は含まれない。</p>
<p>特定販売のみを行う時間がある場合は適切な監督に必要な設備の概要</p>	<p>画像等をパソコン等によりリアルタイムで電送できる設備（デジタルカメラ+電子メール+電話） ・その他（ ） 特定販売のみを行う時間がある場合に、都道府県等が特定販売の実施方法に関し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記載</p>
<p>特定販売の広告に正式名称と異なる名称を表示する場合はその名称</p>	<p>許可を受けている店舗名と異なる名称を、インターネット上やカタログ等に表示する場合に記載</p>
<p>主たるホームページアドレス（いわゆるトップページのアドレス）（複数ある場合は全て）</p>	
<p>主たるホームページの構成の概要 カタログ販売の概要</p>	<p>医薬品の表示内容や表示すべき事項の表示の状況等が分かるようなホームページのイメージ等の書類を添付のこと カタログ販売の場合はそのカタログを添付のこと ホームページ等に表示すべき事項とは、 ・薬局（店舗）の管理及び運営に関する事項 ・要指導医薬品及び一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項 ・薬局（店舗）の主要な外観の写真 ・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 ・特定販売を行う薬局製造販売医薬品又は一般用医薬品の使用期限</p>

業務従事証明書

年 月 日

薬務 太郎 殿

(従事者の氏名)

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

奈良市法蓮町〇〇

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 代表取締役 平城 遷都

以下のとおりであることを証明します。

氏名	薬務 太郎 (生年月日 昭和60年12月24日)
住所	〒630-8501 奈良市登大路町30番地 〇〇ハイツ301
販売従事登録年月日 及び登録番号	平成25年1月1日 29-00-00000
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇薬局 第A00000号
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	奈良市法蓮町〇△-△ (配置販売業の場合は、「〇〇県一円」と記載)

1. 業務期間 (2年 0月間)

平成25年1月 ~ 平成27年6月

(このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において
業務に従事した期間 (2年 0月間)
平成25年1月 ~ 平成27年6月)

2. 業務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入）

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

内容を確認し該当する□にレを記入

3. 業務時間（該当する□にレ点を記入）

上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

上記1の期間において、上記2の業務に従事し、通算して合計（ ）時間従事した。

4. 研修の受講（受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

平成27年4月1日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修（6時間）

平成27年4月2日 △△研修 一般用医薬品の知識に関する研修（6時間）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。

実務従事証明書

年 月 日

薬務 太郎 殿

(従事者の氏名)

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

奈良市法蓮町〇〇

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 代表取締役 平城 遷都

以下のとおりであることを証明します。

氏名	薬務 太郎 (生年月日 昭和60年12月24日)
住所	〒630-8501 奈良市登大路町30番地 〇〇ハイツ301
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇薬局 第A00000号
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	奈良市法蓮町〇△-△ (配置販売業の場合は、「〇〇県一円」と記載してください。)

1. 実務期間（ 2年 0月間）

平成25年1月 ～ 平成27年6月

2. 実務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入）

- 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

内容を確認し該当する□にレを記入

3. 実務時間（該当する□にレ点を記入）

 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計（ ）時間従事した。

4. 研修の受講（外部研修の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

平成27年4月1日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修（6時間）

平成27年4月2日 △△研修 一般用医薬品の知識に関する研修（6時間）

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

勤務状況報告書

年 月 日

薬務 太郎 殿
(従事者の氏名)

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

奈良市法蓮町757

氏名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇薬局 代表取締役 平城 遷都

氏名	薬務 太郎	(生年月日 昭和60年12月24日)
----	-------	--------------------

上記の者の勤務状況について、下記の通り報告します。

なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提出します。

平成 25 年 1 月 15 日 ~ 平成 27 年 6 月 14 日 (過去5年間) の勤務状況

従事期間 (1ヶ月単位)	従事日数	勤務時間	従事期間 (1ヶ月単位)	従事日数	勤務時間
平成 25 年 1 月 15 日~2 月 14 日	21 日間	89 時間 45 分	平成 26 年 6 月 15 日~7 月 14 日	18 日間	82 時間 30 分
平成 25 年 2 月 15 日~3 月 14 日	18 日間	82 時間 50 分	平成 26 年 7 月 15 日~8 月 14 日	19 日間	84 時間 15 分
平成 25 年 3 月 15 日~4 月 14 日	19 日間	84 時間 15 分	平成 26 年 8 月 15 日~9 月 14 日	20 日間	87 時間 00 分
平成 25 年 4 月 15 日~5 月 14 日	20 日間	87 時間 00 分	平成 26 年 9 月 15 日~10 月 14 日	20 日間	87 時間 00 分
平成 25 年 5 月 15 日~6 月 14 日	17 日間	82 時間 00 分	平成 26 年 10 月 15 日~11 月 14 日	17 日間	82 時間 00 分
平成 25 年 6 月 15 日~7 月 14 日	16 日間	81 時間 00 分	平成 26 年 11 月 15 日~12 月 14 日	16 日間	81 時間 00 分
平成 25 年 7 月 15 日~8 月 14 日	21 日間	89 時間 45 分	平成 26 年 12 月 15 日~1 月 14 日	18 日間	82 時間 30 分
平成 25 年 8 月 15 日~9 月 14 日	18 日間	82 時間 30 分	平成 27 年 1 月 15 日~2 月 14 日	19 日間	84 時間 15 分
平成 25 年 9 月 15 日~10 月 14 日	19 日間	84 時間 15 分	平成 27 年 2 月 15 日~3 月 14 日	20 日間	87 時間 00 分
平成 25 年 10 月 15 日~11 月 14 日	20 日間	87 時間 00 分	平成 27 年 3 月 15 日~4 月 14 日	21 日間	89 時間 45 分
平成 25 年 11 月 15 日~12 月 14 日	17 日間	82 時間 00 分	平成 27 年 4 月 15 日~5 月 14 日	18 日間	82 時間 30 分
平成 25 年 12 月 15 日~1 月 14 日	16 日間	81 時間 00 分	平成 27 年 5 月 15 日~6 月 14 日	19 日間	84 時間 15 分

根拠とした書類(該当する項目に○を付けてください。)

勤務簿写し ・ 出勤簿 ・ タイムカード ・ 賃金台帳

その他(※具体的に記載してください:)

※月の中日から翌月の前日までを1ヶ月単位としてもよい。

※証明書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

※本報告書に虚偽があった場合、および報告書の確認のため根拠としたものの提出を求めた際に、提出できない場合は、証明書が無効となりますので注意してください。