

収入証紙(29,000円分の
貼付欄 奈良県収入証紙を貼付)

様式第八十七

業態が限定する場合は
該当業種のみ○で囲む

高度管理医療機器等 販売業 貸与業 許可申請書

営業所の名称		
営業所の所在地		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
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり
(法人にあつては) (業務に 関する責任を有する役員)の氏名		責任役員の氏名を記載して下さい。
管理者	氏名	
	住所	
兼営事業の種類		同一店舗における兼営事業(毒物劇物販売業、薬局等)を記載
申請者(法人にあつては、 役員を含む)の資格事項 に関する業務に責任を有す る役員を含む)	(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		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)

上記により、高度管理医療機器等の販売業 貸与業 の許可を申請します。

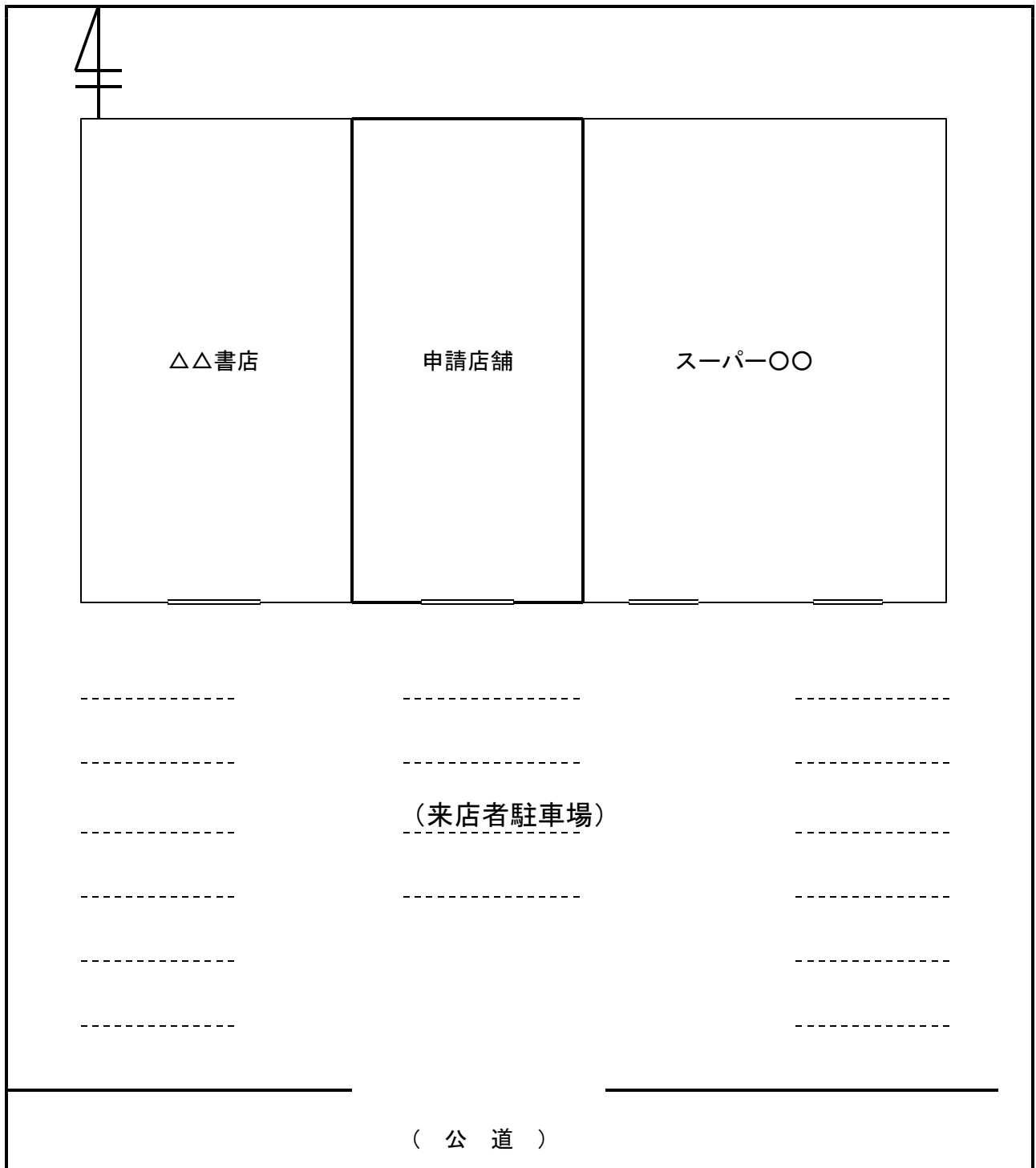
年月日は空欄で提出

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、A 4 又は A 3 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迄ご連絡下さい。 薬事係TEL:0742-27-8670
その他の連絡方法	本社の電話番号、FAX等があれば記載

N
↑

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ください。
店舗駐車場がある場合は併せて記入してください。

国道○号線

スーパー
△△

申請地
p

○○保育所

○○郵便局

近鉄
○○
駅

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、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)

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。
- ・ 薬局管理者、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