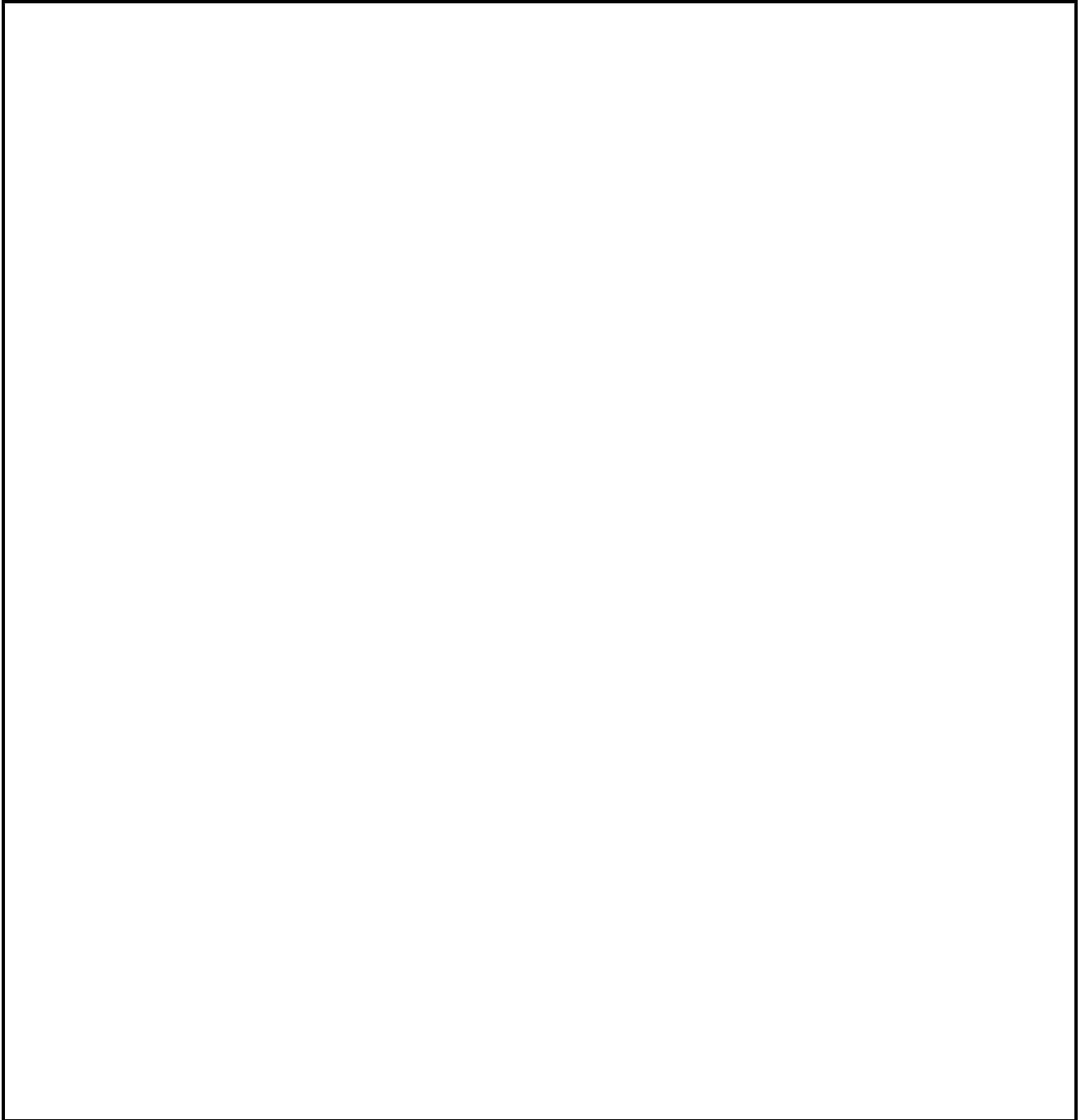


店 舗 平 面 図



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

(記載上の注意)

- 1 申請店舗について、調剤室、医薬品・医療機器・毒物劇物等、当該店舗で取り扱う商品の陳列保管場所、施錠箇所、冷暗保存設備の設置位置を明示すること。
なお調剤室内は、冷暗貯蔵設備、調剤台、毒薬庫、給排水設備等必要な設備を記入すること。
- 2 面積算定ができるよう、内のり寸法をメートル単位で記入する。
- 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。

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	() —
その他の連絡方法	

N



(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、A4又はA3の用紙とすること。

【共通様式7】

使用関係を証する書類

事業主 住所

氏名

従事者 住所

氏名

1 期間 年 月 日から

2 勤務方法

① 時間 時 分から 時 分まで

② 休日

3 給与 月額 時給 円

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

再生医療等製品営業所管理者

5 その他

年 月 日

従事年数証明書

住所

氏名

(従事年数の証明対象者の住所・氏名を記載してください。)

上記の者は、 年 月 日から 年 月 日までの 年 ヶ月の間、
下記の営業所において再生医療等製品の販売又は授与に関する業務に従事したことを証明します。

記

営業所所在地

営業所名称

(許可番号： 許可年月日： 年 月 日)

年 月 日

【従事経験の証明者住所・氏名】

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)

奈良県知事 殿

(記載上の注意)

- ・奈良県知事以外の許可の場合は、許可権者が発行する当該許可を取得していたことを証明する書類を添付してください。
- ・複数の従事場所で従事していた場合は、それぞれの従事場所ごとに作成してください。