

収入証紙 (29,000円分の

貼付欄 奈良県収入証紙を貼付)

様式第九十四の二

再生医療等製品販売業許可申請書

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) 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。		
管 理 者	氏 名		資格	規則第196条の4 第 号
	住 所			
兼 営 事 業 の 種 類		同一店舗における兼営事業(高度管理医療機器等販売業、 卸売販売業等)を記載		
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。)の欠格条項	(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「冷暗貯蔵の必要な再生医療等製品は取り扱わない」場合は、 備考欄にその旨明記すれば、冷暗所の設置は不要です。			

上記により、再生医療等製品の販売業の許可を申請します。

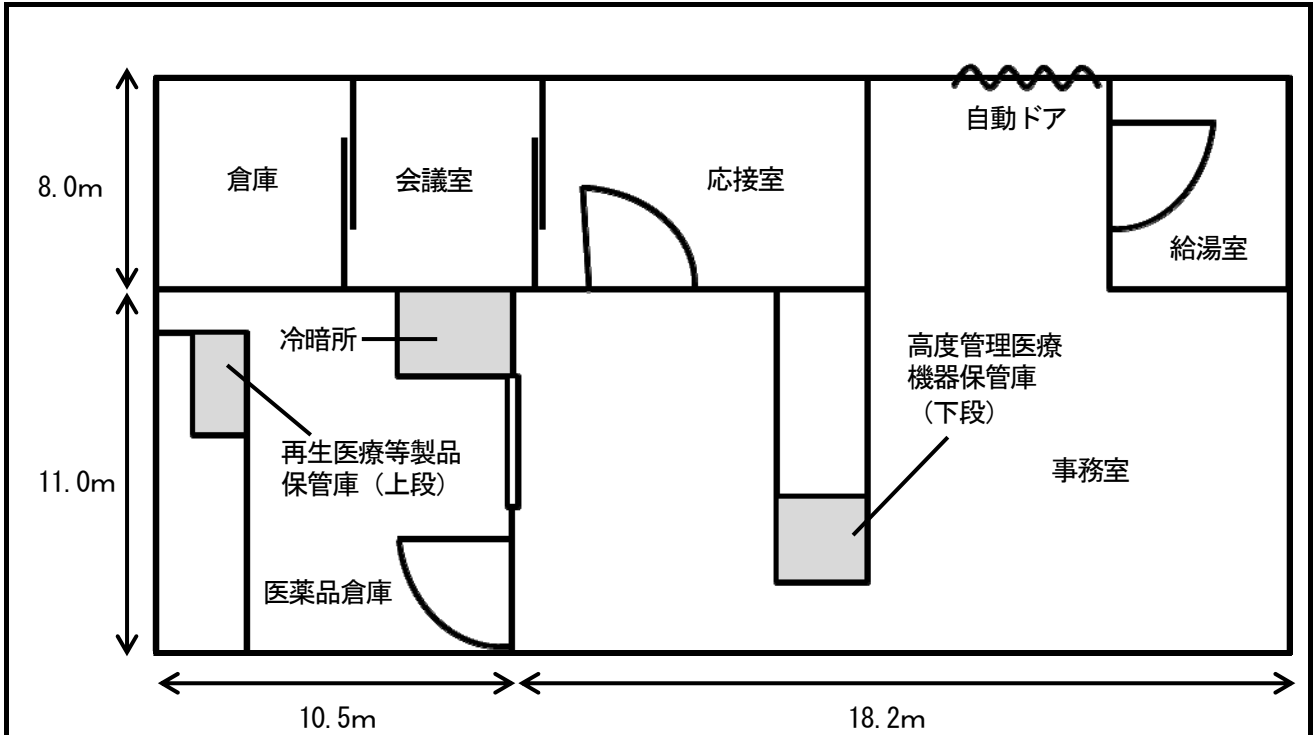
年 月 日

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



【記載上の注意】

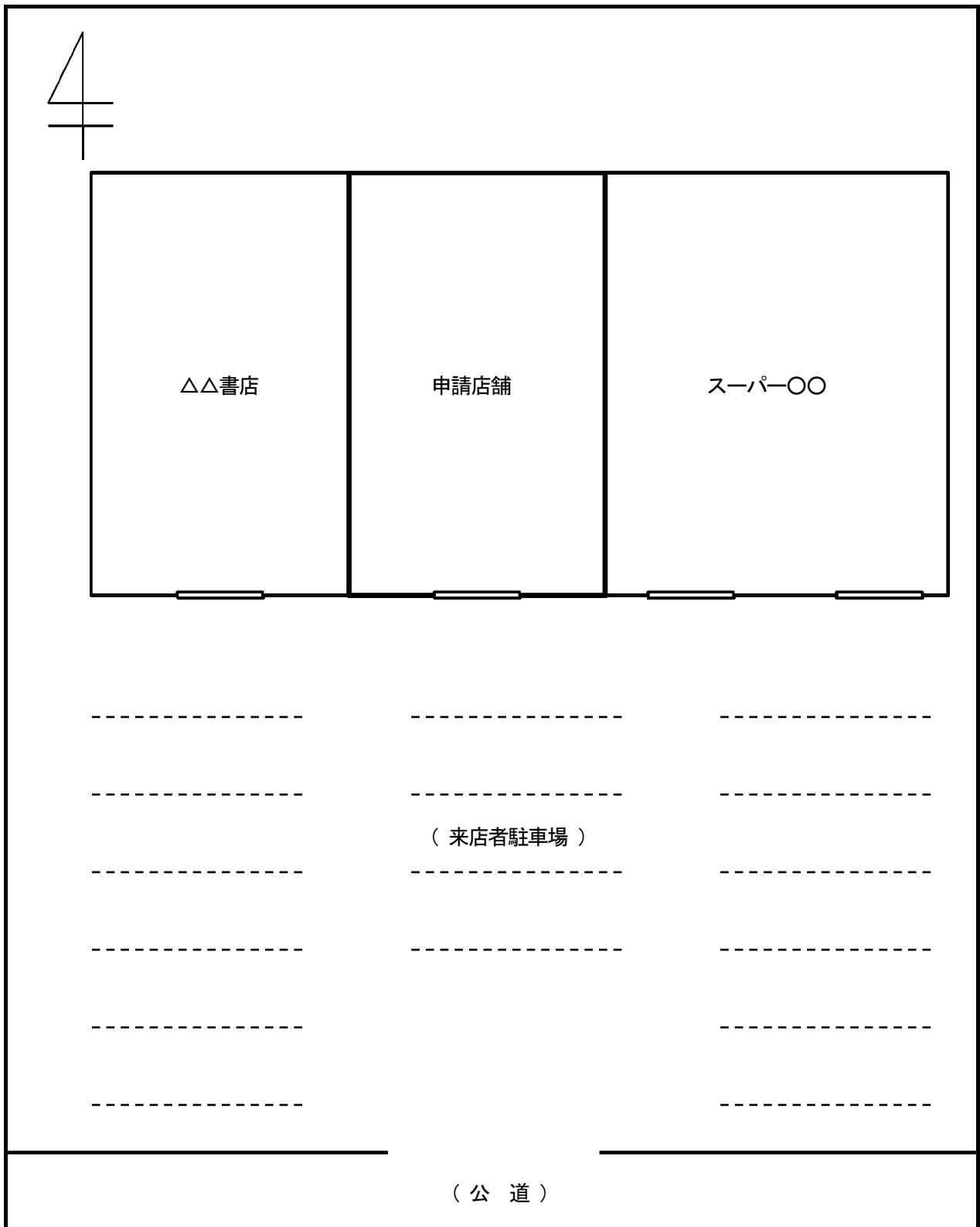
- ①面積を算定できるように、内法寸法を記載して下さい。また、事務室、倉庫、更衣室等の付帯施設がある場合は、併せて記載して下さい。
- ②高度管理医療機器を販売する場合は、保管庫を明示して下さい。
- ③冷暗貯蔵の必要な再生医療等製品を取り扱わない場合は、申請書表紙の備考欄にその旨を記載すれば、冷暗所の設置は不要です。
- ④必要事項を記入した平面図を添付する場合は、この様式は添付不要です。

【設備】 1. 採光	蛍光灯	<u>80</u> W	<u>14</u> 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	<u>80</u> c m×横	<u>39</u> c m×奥行	<u>38</u> 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、冷暗貯蔵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



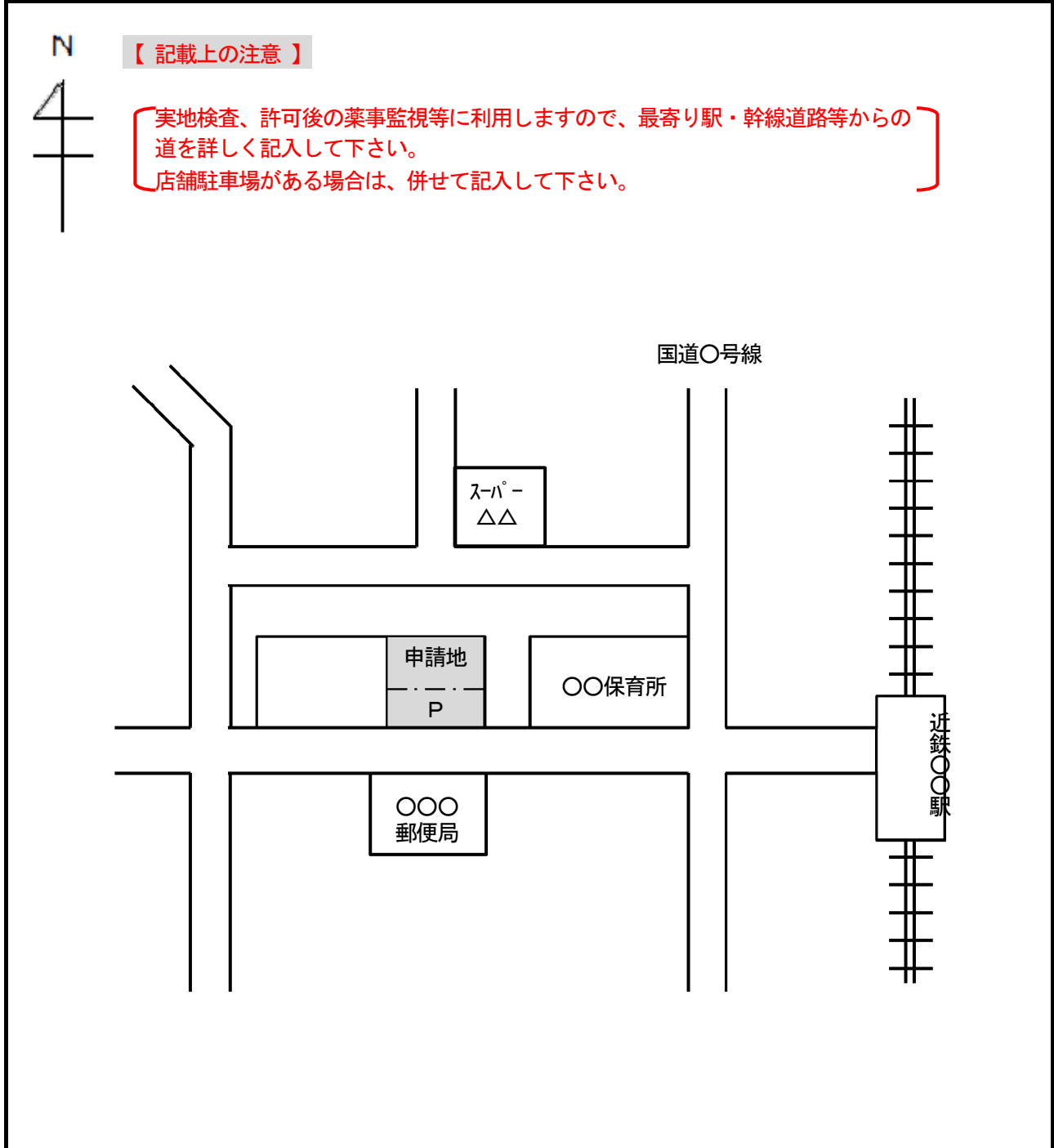
(記載上の注意)

- 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	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	FAX、本社の電話番号等があれば記載



(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

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

再生医療等製品営業所管理者

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。

# 従事年数証明書

※従事経験が必要な資格  
の場合のみ添付してく  
ださい。

住所 奈良市登大路町30番地 奈良ハイツ301

氏名 薬務 太郎

(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、平成26年11月25日から平成29年11月24日までの3年0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 奈良市法蓮町757

営業所名称 株式会社〇〇

(許可番号: V〇〇〇〇〇)

許可年月日: 平成26年11月25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。