

| 店舗販売業許可申請書                     |                                                                                                |      |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 店 舗 の 名 称                      | ドラッグストア ○○                                                                                     |      |
| 店 舗 の 所 在 地                    | 〒000-000 TEL(096)000-0000 FAX(096) 000-0000<br>熊本市○区○○△丁目△番△号 ○○ビル1階                           |      |
| 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なう体制の概要            | 別紙のとおり                                                                                         |      |
| (法人にあっては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名 | □□ □□、○○ ○○                                                                                    |      |
| 通常の営業日及び営業時間                   | 別紙のとおり                                                                                         |      |
| 相談時及び緊急時の連絡先                   | 000-0000-0000                                                                                  |      |
| 特定販売の実施の有無                     | 有 ・ 無                                                                                          |      |
| 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、取消しの日から3年を経過していない者                                                  | 全員なし |
|                                | (2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者                                                | 全員なし |
|                                | (3) 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者                                        | 全員なし |
|                                | (4) 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に<br>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、<br>その違反行為があった日から2年を経過していない者 | 全員なし |
|                                | (5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者                                                                         | 全員なし |
|                                | (6) 精神の機能の障害により店舗販売業者の業務を適正に行うに当た<br>って必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者                            | 全員なし |
|                                | (7) 店舗販売業者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有<br>すると認められない者                                                | 全員なし |
| 備 考                            | 登記事項証明書は△年△月△日に××薬店の開設許可申請の添付書類として提出したため省略                                                     |      |

上記により、店舗販売業の許可を申請します

○○年 ○ 月 ○ 日

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) TEL(096)000-0000 FAX(096)000-0000  
〒000-0000  
熊本市○区○○△丁目△番△号

申請者の氏名・住所 (法人の場合は、登記上の氏名・住所) 氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 ▼▼  
代表取締役 □□ □□

熊本市保健所長 様

| 所 長          | 課 長   | 副 課 長 | 主 査 | 課 員 | 起案 年 月 日<br>この申請について、許可証を交付してよろしいか。<br><br>許可年月日 年 月 日<br>許可番号 第 号 |  |
|--------------|-------|-------|-----|-----|--------------------------------------------------------------------|--|
| 受 領 印        | 受 付 印 | 決 裁 印 |     |     |                                                                    |  |
| 手数料 29,000 円 |       |       |     |     |                                                                    |  |
|              |       |       |     |     |                                                                    |  |

- 平面図 □別紙 □従事者表 □営業日・営業時間表 □登記事項証明書（法人である場合）
- 診断書（(6)該当時） □使用関係を証する書類 □業務従事証明書等 □販売業務体制に関する申告書
- 特定販売の概要 □免許証又は登録証の確認（原則原本持参※開設者の原本証明記載のある写し可）

店舗名：ドラッグストア　〇〇

- (注意)

- 1 該当する項目の□に✓を記入すること

# 従 事 者 表

〇〇年 〇 月 〇 日

|                            |                         |                                 |                           |        |         |
|----------------------------|-------------------------|---------------------------------|---------------------------|--------|---------|
| 薬局又は店舗の名称                  |                         | ドラッグストア 〇〇                      |                           |        |         |
| 管理者                        | 氏 名                     | くまもと たろう<br>熊本 太郎 〇年〇月〇日生       |                           |        |         |
|                            | 住 所                     | 〒000-0000<br>熊本市〇区〇〇△丁目△番△号     |                           |        |         |
|                            | 週当たり勤務時間数               | 40時間                            |                           |        | 免許証等照合欄 |
|                            | 種 別                     | 薬剤師 ・ 登録販売者                     |                           |        |         |
|                            | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 00-00-000 号                   | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 〇年〇月〇日 |         |
| その他の<br>登録販売者<br>又は<br>薬剤師 | 氏 名                     | ひご はなこ<br>肥後 花子 □年□月□日生         |                           |        |         |
|                            | 住 所                     | 〒000-0000<br>熊本市□区□□丁目□番□号      |                           |        |         |
|                            | 週当たり勤務時間数               | 35.5時間                          |                           |        | 免許証等照合欄 |
|                            | 種 別                     | 薬剤師 ・ 登録販売者                     |                           |        |         |
|                            | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 00-00-000 号                   | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | □年□月□日 |         |
| その他の<br>登録販売者<br>又は<br>薬剤師 | 氏 名                     | ほけんじょ いちろう<br>保健所 一郎 △年△月△日生    |                           |        |         |
|                            | 住 所                     | 〒000-0000<br>熊本市△区△△〇丁目〇番〇号     |                           |        |         |
|                            | 週当たり勤務時間数               | 30時間                            |                           |        | 免許証等照合欄 |
|                            | 種 別                     | 薬剤師 ・ 登録販売者                     |                           |        |         |
|                            | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 00-00-000 号                   | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | △年△月△日 |         |
| その他の<br>登録販売者<br>又は<br>薬剤師 | 氏 名                     | あそ みどり<br>阿蘇 緑 △年△月△日生          |                           |        |         |
|                            | 住 所                     | 〒000-0000<br>熊本市×区××〇丁目〇番〇号     |                           |        |         |
|                            | 週当たり勤務時間数               | 40時間                            |                           |        | 免許証等照合欄 |
|                            | 種 別                     | 薬剤師 ・ 登録販売者                     |                           |        |         |
|                            | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 00-00-000 号                   | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | △年△月△日 |         |
| その他の<br>登録販売者<br>又は<br>薬剤師 | 氏 名                     | あまくさ ごろう<br>天草 吾郎 (研修中) ×年×月×日生 |                           |        |         |
|                            | 住 所                     | 〒000-0000<br>熊本市×区××〇丁目×番×号     |                           |        |         |
|                            | 週当たり勤務時間数               | 20時間                            |                           |        | 免許証等照合欄 |
|                            | 種 別                     | 薬剤師 ・ 登録販売者                     |                           |        |         |
|                            | 薬剤師名簿登録番号<br>又は販売従事登録番号 | 第 00-00-000 号                   | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | ×年×月×日 |         |

管理者要件を満たさない  
(過去5年のうち2年間の  
実務経験ない)  
登録販売者の名前の横に  
「研修中」と記載すること。

## 営業日・営業時間表

〇〇年 〇 月 〇 日

薬局又は店舗の名称： **ドラッグストア** 〇〇

○薬局又は店舗の開店時間

|    |    |     |   |     |     |   |   |   |   |   |   |
|----|----|-----|---|-----|-----|---|---|---|---|---|---|
| 日： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 月： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 火： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 水： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 木： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 金： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 土： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |

1 週間の合計時間： **84**時間

○要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する開店時間

|    |    |     |   |     |     |   |   |   |   |   |   |
|----|----|-----|---|-----|-----|---|---|---|---|---|---|
| 日： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 月： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 火： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 水： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 木： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 金： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 土： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |

1 週間の合計時間： **84**時間

○第1類医薬品・要指導医薬品を販売する開店時間（※第1類医薬品又は要指導医薬品を販売する場合）

|    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 日： | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 月： | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 火： | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 水： | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 木： | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 金： | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 土： | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |

1 週間の合計時間： 時間

○特定販売を行う営業時間（※特定販売を行う場合）

|    |    |     |   |     |     |   |   |   |   |   |   |
|----|----|-----|---|-----|-----|---|---|---|---|---|---|
| 日： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 月： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 火： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 水： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 木： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 金： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 土： | 9時 | 00分 | ～ | 21時 | 00分 | 、 | 時 | 分 | ～ | 時 | 分 |

1 週間の合計時間： **84**時間

○ 休 日

欠格条項「精神の機能の障害により店舗販売業者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者」に該当するおそれがある場合に提出してください。

診 断 書

|      |                       |    |     |
|------|-----------------------|----|-----|
| 氏 名  | □□ □□                 | 性別 | 女   |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成 △△ 年 1 月 1 日 | 年齢 | ▽▽歳 |

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 精神機能

精神機能の障害

☒ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要（注1）

※専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）

- ・ 診断名
- ・ 治療内容、現状等

2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒

☒ なし ☐ あり

3 ヶ月以内

|       |                              |                                                |
|-------|------------------------------|------------------------------------------------|
| 診断年月日 | ○年 ○月 ○日                     | ※詳細については別紙も可                                   |
| 医 師   | 病院、診療所又は<br>介護老人保健施設<br>等の名称 | ○ ○ ○ クリニック                                    |
|       | 所在地                          | 〒000-000<br>〇〇市〇区〇〇△丁目△番△号<br>TEL(000)000-0000 |
|       | 氏 名                          | △ △ △ △                                        |

すべての薬剤師、登録販売者について必要です。

## 使用関係証書

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

### 記

- 勤務場所の名称 **ドラッグストア ○○**  
所在地 **熊本市○区○○△丁目○番○号 ○○ビル1階**
- 勤務時間 **9時00分 から 18時00分まで**  
(週当たり勤務時間数: **40** 時間)
- 休日 **土曜日・日曜日・祝日**
- 給料 **月 350,000** 円
- 管理者である場合、上記勤務場所以外の場所において、薬事に関する実務に従事しないこと。

○年 ○月 ○日

### 使用者

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

**熊本市○区○○△丁目△番△号**

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

**株式会社 ▼▼**

**代表取締役 □□ □□**

被用者 (☒ 管理者 ☐ その他の資格者)

住所 **熊本市○区○○△丁目○番○号**

(ふりがな)  
氏 名

**くまもと たろう  
熊本 太郎**

薬剤師・登録販売者・その他 ( )

登録番号: **00-00-0000** 登録年月日: **H○年○月○日**

生年月日: **S○年○月○日**

熊本市保健所長 様

# 医薬品等の販売・授与の業務を行う体制に関する申告書（店舗販売業）

〇〇年 〇月 〇日

店舗の名称：ドラッグストア 〇〇

## 1 業務を行う体制について

### ① 業務を行う体制について

- ☒ 店舗管理者は、常勤である。
- ☒ 要指導医薬品又は第1類医薬品を販売する開店時間内は、常時、薬剤師が勤務する。
- ☒ 第2類医薬品又は第3類医薬品を販売する開店時間内は、常時、薬剤師又は登録販売者が勤務する。
- ☒ 医薬品等の購入者等から相談があった場合に、情報の提供又は指導を行う体制を備えている。☒ 営業時間外についても備えている。

### ② 医薬品の適正販売等を確保するために、次のような必要な措置を講じる。

- ☒ 指針を策定する。
- ☒ 従事者に対する研修を実施する。
- ☒ 従事者から店舗販売業者への事故報告の体制を整備する。
- ☒ 業務に関する手順書を作成し、手順書に基づき業務を実施する。
- ☒ 情報の収集、その他医薬品の適正販売等の確保を目的とした改善のための方策を実施する。

## 2 従事者の区別について

### ① 薬剤師、登録販売者、一般従事者の区別を次の方法で行う。

- ☐ 名札（氏名と資格を記載） ☒ 名札及び衣服等による区別
- ☐ その他（ ）

## 3 医薬品の販売方法について

### ① 医薬品の販売方法について

- ☐ 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売しない営業時間は、陳列場所を閉鎖する。  
その方法（ ）
- ☒ 店舗の開店時間内に、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売しない時間帯はない。

### ② 要指導医薬品又は第1類医薬品の陳列について

- ☒ 要指導医薬品又は第1類医薬品陳列区画の内部の陳列設備に陳列する。
- ☒ 鍵をかけた陳列設備に陳列する。 ☐ 直接手の触れられない設備に陳列する。
- ☐ 要指導医薬品又は第1類医薬品を販売しない開店時間は、その陳列区画を閉鎖する。  
その方法（ ）

### ③ 指定第2類医薬品の陳列について

- ☒ 情報を提供するための設備から7メートル以内の範囲に陳列する。
- ☐ かぎをかけた陳列設備に陳列する。
- ☐ 1.2メートル以内の範囲に進入できない措置をとる。

## 4 情報の提供について

### ① 要指導医薬品又は第1類医薬品の情報の提供について

- ☒ 薬剤師が、情報提供を行う場所において書面を用いて対面で行う。
- ☒ 登録販売者又は一般従事者が情報提供を行わないよう、薬剤師への伝達の体制及びその方法を手順書に記載している。

### ② 第2類医薬品又は第3類医薬品の情報提供について

- ☒ 薬剤師又は登録販売者が、情報提供を行う場所において対面で行う。
- ☒ 一般従事者が情報提供を行わないよう、薬剤師又は登録販売者への伝達の体制及びその方法を手順書に記載している。
- ☒ 指定第2類医薬品については、禁忌の確認や専門家への相談を促す掲示・表示を行うとともに、購入者にその内容が適切に伝わる取組を行う。

## 特定販売の概要（店舗販売業）

店舗名： ドラッグストア 〇〇

|                                                                                            |                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 特定販売を行う際に使用する<br>通信手段                                                                    | <input type="checkbox"/> インターネット<br><input checked="" type="checkbox"/> 電話<br><input type="checkbox"/> カタログ<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                        |
| ② 特定販売を行う医薬品の区分                                                                            | <input type="checkbox"/> 第１類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第２類医薬品<br><input checked="" type="checkbox"/> 第２類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第３類医薬品 |
| ③ 営業時間のうち特定販売のみを<br>行う時間                                                                   | <input type="checkbox"/> あり<br>(                  時          分 ～          時          分 )<br><br><input checked="" type="checkbox"/> なし                                |
| ④ 都道府県知事又は厚生労働大臣<br>が特定販売の実施方法に関する<br>適切な監督を行うために必要な<br>設備の概要（営業時間のうち特定<br>販売のみを行う時間がある場合） | <input type="checkbox"/> パソコン<br><input type="checkbox"/> デジカメ<br><input type="checkbox"/> 電話<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                      |
| ⑤ 特定販売を行うことについて<br>インターネットを利用して広告<br>をするときは、主たるホームペー<br>ジアドレス（URL）及び主たるホー<br>ムページの構成の概要    | インターネットを利用して広告<br><input type="checkbox"/> する <input checked="" type="checkbox"/> しない<br>主たるホームページのアドレス<br>（ ）<br><br>主たるホームページの構成の概要<br>（ ）                          |
| ⑥ 特定販売を行うことについての<br>広告に、正式名称と異なる名称を<br>表示するときは、その名称                                        | <input type="checkbox"/> 表示する<br>（ ）<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 表示しない                                                                                 |

(注意)

- 1 該当する項目の□に✓を記入すること
- 2 ④の必要な設備について、都道府県知事等の求めに応じてデジカメ等で撮影した画像をパソコン等により電送することを想定。必要な設備をすべて備えること。
- 3 ⑤の主たるホームページの構成の概要について、その記載事項のすべてを記載することができない場合は同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
  - (ア) ホームページでの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すること。
  - (イ) 一つの薬局・店舗が複数のホームページを開設している場合には、それらすべてについて関連する書類添付すること。
  - (ウ) ホームページを閲覧するために、パスワード等が必要な場合には、開設者は、熊本市等がホームページを閲覧することができるよう、当該パスワード等を主たるホームページの構成の概要の中に盛り込むこと。
  - (エ) カタログ等を用いて特定販売を行う場合においても、同様にその概要が分かる資料を添付すること。