

店舗販売業許可申請書

|                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                             |      |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------|
| 店舗の名称                             | 〇〇ドラッグ〇〇店                                                                                                                                                                                                   |                                             |      |
| 店舗の所在地                            | 〒780-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇丁目〇番〇号                                                                                                                                                                                     |                                             |      |
| 店舗の構造設備の概要                        | 別紙1 構造設備規則の概要のとおり                                                                                                                                                                                           |                                             |      |
| 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要                | 別紙2 及び別紙3 業務体制の概要のとおり                                                                                                                                                                                       |                                             |      |
| (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     | 代表取締役 桂浜子,<br>取締役 日曜市太郎, 土佐二                                                                                                                                                                                |                                             |      |
| 通常営業日及び営業時間                       | 月火水木金土日 (9:00~21:00)                                                                                                                                                                                        |                                             |      |
| 相談時及び緊急時の連絡先                      | 電話番号 088-822-〇〇〇〇                                                                                                                                                                                           |                                             |      |
| 特定販売の実施の有無                        | 有 ・ 無                                                                                                                                                                                                       |                                             |      |
| 申請者(法人にあつては、業務に責任を有する役員を含む。)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)                                                                                                                                                                                                         | 拘禁刑に処せられた者                                  | 全員なし |
|                                   | (4)                                                                                                                                                                                                         | 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 |
|                                   | (5)                                                                                                                                                                                                         | 麻薬、                                         | 全員なし |
|                                   | (6)                                                                                                                                                                                                         | 精神科医に就いて必要な研修を受けた者                          | 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すると認められない者     | 全員なし |
| 備考                                | 兼営事業の有・無<br>・管理医療機器(販売業・貸与業)<br>・ <input checked="" type="radio"/> する → <input checked="" type="radio"/> 特定管理医療機器を含む → 特定管理医療機器営業所管理者 (〇〇 丈夫郎)<br>・ <input type="radio"/> しない<br>・特定管理医療機器を含まない<br>・その他 ( ) |                                             |      |

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒780-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇丁目〇番〇号  
氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇〇 代表取締役 桂浜子

担当者氏名、連絡先: 〇〇次郎 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

高知市保健所長 様