

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	〒780-0000 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名	代表取締役 桂浜子、 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 088-822-0000		
特定販売の実施の有無	有 ・ 無		
業務に責任を有する役員を含む(法人にあつては、薬事に関する申請者)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、府令、省令、市町村令に違反した者	全員なし
	(5)	麻薬取締法に違反した者	全員なし
	(6)	精神科医に診察を受けて必要な診断書を添付していない者	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すると認められない者	全員なし
備考	兼営事業の <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 ・ 管理医療機器 (販売業・貸与業) <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) <input type="radio"/> しない ・ 特定管理医療機器を含まない ・ その他 ()		

薬事に関する業務に責任を有する役員全員の氏名を記載してください。

お客さんからの相談などに対応する電話番号を記載してください。

該当するものを〇で囲んでください。

申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載してください。また(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付してください。

該当するものを〇で囲んでください。

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) 〒780-0000 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 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