

店舗販売業許可申請書

店舗の名称	〇〇ドラッグ△△店		
店舗の所在地	和歌山市△△町□丁目□番□号		
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う体制の概要	別紙書類のとおり	指針と手順書を添付してください。	
(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	別紙、業務分掌表のとおり		
通常の営業日及び営業時間	月～金 10:00～20:00 土 10:00～18:00		
相談時及び緊急時の連絡先	電話番号 073-〇〇〇-××△△ メールアドレス〇〇@□□.ne.jp		
特定販売の実施の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		
に申請者を有する役員を含む。薬事に関する業務の欠格条項	(1)	法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	なし(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、取消の日から3年を経過していない者	なし(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	なし(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、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	なし(全員なし)
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし(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	なし(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	なし(全員なし)
備考	<input type="checkbox"/> 管理医療機器販売業・貸与業(特定・特定以外)		

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和〇〇年 △月□日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)
〇〇県〇〇市△△町□丁目□番□号

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

〇〇株式会社
代表取締役 〇〇△△

TEL 〇〇〇-〇〇〇-××××

担当者 〇〇〇〇

和歌山市保健所長 様