

記載例

様式第七十六（第百三十九条関係）

店舗販売業許可申請書

店舗の名称	薩摩薬店		
店舗の所在地	鹿児島市山下町11番1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	島〇 斉〇、小〇 帯〇		
通常の営業日及び営業時間	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00		
相談時及び緊急時の連絡先	099-258-2321		
特定販売の実施の有無	有 ・ 無		
申請に責任を有する役員（法人にあつては、薬事に関する業務条項）	(1)	法第75条第1項の規定により許可を取り消された日から2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していない者	全員なし
	(3)	禁錮以上の刑に処せられ、その執行を完了した後、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	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つて必要な認知、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すると認められない者	全員なし
備考	<p>法人：登記された本店の所在地、商号及び代表者氏名を記載してください。</p> <p>個人：個人の氏名・住所を記載してください。</p>		

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和3年 8月 1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）

〒890-1234
鹿児島市鴨池二丁目25番1号

株式会社薩摩
代表取締役 島〇 斉〇
連絡先（099）123-4567

鹿児島市保健所長 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 店舗の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 相談時及び緊急時の連絡先欄には、原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。6 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すること。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すること。