

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 | | 〒×××-×××〇 札幌市××区〇〇条〇〇丁目△-△ 〇〇ビル〇〇階 Tel. 〇〇〇-×××-××〇〇 Fax 〇〇〇-×××-×〇×× | |
| 店舗の構造設備の概要 | | 別紙のとおり | |
| 店舗管理者 | 氏名 | 〇山 ×男 | |
| | 住所 | 札幌市〇〇区〇〇条××丁目△-△ | |
| | 週当たり勤務時間数 | 〇〇時間 | |
| | 種別 | 薬剤師 ・ 登録販売者 | |
| | 薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号 | 第××〇〇×△号 | 薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日 |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | 氏名 | ×川 ○子 | |
| | 住所 | 札幌市〇〇区××条〇〇丁目△-△ | |
| | 週当たり勤務時間数 | ××時間 | |
| | 種別 | 薬剤師 ・ 登録販売者 | |
| | 薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号 | 第〇〇×××△号 | 薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日 |
| 通常の営業日及び営業時間 | | 別紙 | |
| 兼営事業の種類 | | 管理医療機器販売業 | |
| 申請者（法人にあっては、含む。）の欠格条項その業務を行う役員を、 | (1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと | 全員無し | |
| | (2) 禁錮以上の刑に処せられたこと | 全員無し | |
| | (3) 薬事に関する法令又はこれに基づき処分を違反したこと | 全員無し | |
| | (4) 後見開始の審判を受けていること | 全員無し | |
| 備考 | 1) 管理医療機器の取扱いの有無 有 ・ 無 2) 管理医療機器販売（賃貸）管理者の氏名及び住所 〇山 ×男 札幌市〇〇区〇〇条××丁目△-△ | | |

その他の資格者が2名以上の場合は「別紙のとおり」と記載し別紙を添付

営業時間等を記載した別紙を添付

該当する事実がある場合はその内容を詳細に記載

化粧品販売業、管理医療機器販売業等、他の業務を併せ行うときはその種類を記載

管理医療機器の取扱いについて該当するところに○をつける

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

平成××年××月××日

捨印を押印
捨印

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） 東京都××区〇〇-△-△
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名） 株式会社 〇〇ドラッグ
代表取締役 〇〇 ×× 印

法人の場合は、代表者印を押印

（あて先）札幌市保健所長

| | |
|---------|-----|
| 手数料 | 領収印 |
| 32,500円 | |

連絡先： 電話 〇〇〇-×××-×〇×〇 担当者 〇〇 ××