

店舗販売業許可申請書

店 舗 の 名 称				
店 舗 の 所 在 地		〒 _____ Tel _____ Fax _____		
店舗の構造設備の概要		別紙のとおり		
店 舗 管 理 者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	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	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日	
その 他の 薬 劑 又 は 登 録 販 売 者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	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	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日	
通常の営業日及び営業時間				
兼 営 事 業 の 種 類				
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			
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと			
	(3) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと			
	(4) 後見開始の審判を受けていること			
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			

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

平成 年 月 日

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

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

担当者