

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 Fax 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
その他の薬師は登録販売者	氏名	×川 〇子	
	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 営業時間等を記載した別紙を添付	
兼営事業の種類		管理医療機器販売業 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	
申請者法人にあっては、 その業務を行う役員を 含む。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 該当する事実がある場合はその内容を詳細に記載	
	(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	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 ① 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△-△ 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

法人の場合は、代表者印を押印

代表取締役 〇〇 ×× 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 担当者 〇〇 ××