|  |  |
| --- | --- |
| 手数料納付額 | 審査印 |
| 30,000円 |  |

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 | | | 電話（　　　　） | |
| 店舗の所在地 | | | 〒 | |
| 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の業務を  行う体制の概要 | | | 別紙のとおり | |
| 通常の営業日及び営業時間 | | | 別紙のとおり | |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | | |  | |
| 特定販売の実施の有無 | | | 有　　　・　　　無 | |
| （法人にあっては）薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名 | | |  | |
| 申請者（法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。）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、取消しの日から３年を経過していない者 | |  |
| (2) | 法第75条の２第１項の規定により登録を取り消され、取消しの日から３年を経過していない者 | |  |
| (3) | 拘禁刑以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行をうけることがなくなつた後、３年を経過していない者 | |  |
| (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 | |  |
| (5) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | |  |
| (6) | 精神の機能の障害により医薬品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 | |  |
| (7) | 医薬品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 | |  |
| 店舗において販売し、  又は授与する医薬品の区分 | | | 要指導医薬品　　　　第一類医薬品  指定第二類医薬品　　第二類医薬品　　第三類医薬品 | |
| 兼営事業の種類 | | | なし　毒物劇物販売業　高度管理医療機器等販売業・貸与業  その他（　　　　　　　） | |
| 備考 | | | 【申請書類省略の場合は該当事項を、必要事項を記載】 登記事項証明書　　　　その他（　　　　　　　　　）  営業所名「　　　　　　　」の「　 　 申請/届」に添付の為省略。  令和　年　月　日　水戸市保健所へ提出。  冷暗保存の医薬品は取り扱わない  毒薬は取り扱わない | |

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

　　令和　　年　　月　　日

住　所法人にあっては、主たる事業所の所在地

〒　‐

氏　名法人にあっては、名称及び代表者の氏名

水戸市保健所長　様

担当者　氏　名：　　　　　　　　連絡先：

(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すべ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)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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った場合はその年月日を、(4)欄にあっ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。