

店 舗 販 売 業 許 可 申 請 書

店 舗 の 名 称		
店 舗 の 所 在 地		
店 舗 の 構 造 設 備 の 概 要		
医 薬 品 の 販 売 又 は 授 与 を 行 う 体 制 の 概 要		
（ 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		
通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間		
相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先		
特 定 販 売 の 実 施 の 有 無		有 ・ 無
申 請 者 業 務 に 責 任 を 有 す る 役 員 を 含 む。 （ 法 人 に あ つ て は 、 薬 事 に 関 す る 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、又は執行を受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
	(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
備 考		

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

年 月 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）

山 形 県 知 事 殿

連絡先（電話番号）

担当者名

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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)欄及び(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。

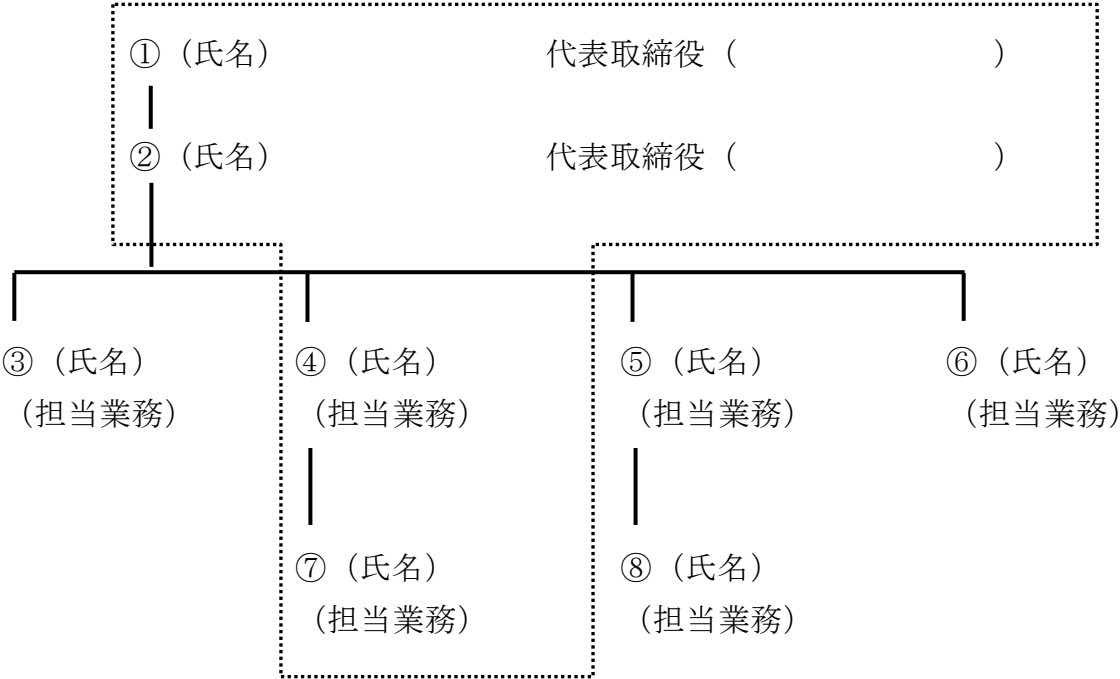
別記様式 4－1
別紙（薬局・店舗・卸売販売業）

薬 局、店 舗 又 は 営 業 所 の 構 造 設 備 の 概 要		
名 称	TEL ()	
所在地		
①面 積 (m ²) ③床の材質 () ②天井の材質 () ④壁の材質 ()		
薬局、店舗又は営業所の平面図		
	(注) 寸法(単位メートル)を記入し、居住所との区別、薬局、店舗又は営業所、調剤室及び出入口等を明示するとともに、冷暗所、かぎのかかる貯蔵設備、調剤台(試験検査台)、給排水設備等の設置場所を明示すること。	
調剤室	①面 積 (m ²) ②天井の材質 () ③床 の 材 質 () ④壁 の 材 質 () ⑤調 剤 台 () cm cm cm たて () × よ こ () × 奥 行 () ⑥調剤用器具 別紙のとおり	① 試験検査台 cm cm cm たて () × よ こ () × 奥 行 () ②給排水設備 有 無 ③試験検査器具 別紙のとおり

かぎのかかる貯蔵設備（立体図）	冷暗貯蔵設備（立体図）	
施錠設備並びに大きさを記入すること。 (単位 cm)		
種別並びに大きさを記入すること。 (単位 cm)		
薬局、店舗又は営業所付近図 (付近の道路、交通、目標等を記入すること)		

株式会社〇〇

役員組織図



※ 点線内：薬事に関する業務に責任を有する役員

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

社 名：株式会社 〇〇

職名・氏名：代表取締役 〇〇 〇〇

診 断 書

氏 名				性 別	男 女	
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	年 齢	歳
上記の者について、下記のとおり診断します。 1 精神機能の障がい（□にチェックしてください。） ☐ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要 専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載してください。） _____ _____ _____ _____ 2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒（□にチェックしてください。） ☐ なし ☐ あり						
診断年月日		年 月 日			※詳細については別紙も可	
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称					
	所 在 地		TEL			
	氏 名					

別記様式 1－4（店舗販売業許可申請時添付書類）

管 理 者	住 所				
	氏 名				
	週当たりの勤務時間数				
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	登 録 番 号	第 号	登録年月日	年 月 日	
そ の 他 の 薬 剤 師 又 は 登 録 販 売 者	住 所				
	氏 名				
	週当たりの勤務時間数				
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	登 録 番 号	第 号	登録年月日	年 月 日	
	住 所				
	氏 名				
	週当たりの勤務時間数				
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	登 録 番 号	第 号	登録年月日	年 月 日	
	住 所				
	氏 名				
	週当たりの勤務時間数				
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	登 録 番 号	第 号	登録年月日	年 月 日	
	住 所				
	氏 名				
	週当たりの勤務時間数				
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	登 録 番 号	第 号	登録年月日	年 月 日	
	住 所				
	氏 名				
	週当たりの勤務時間数				
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	登 録 番 号	第 号	登録年月日	年 月 日	
	医薬品の販売業その他の業務を併せ行う場合はその種類				
	販売・授与する医薬品の区分		☐ 要指導医薬品 ☐ 第 1 類医薬品 ☐ 指定第 2 類医薬品 ☐ 第 2 類医薬品（指定第 2 類医薬品を除く） ☐ 第 3 類医薬品		

使用関係（勤務内容）証明書

年 月 日

使用者	住所又は所在地	〒
	氏名及び住所	
被使用者 (勤務者)	住 所	〒
	氏 名	

被使用者（勤務者）は、次のとおりの勤務内容であることを証明します。

勤務場所の名称	所在地	週当たり勤務時間数
週当たりの勤務時間数の合計		

- ※ 週当たりの勤務時間数を決めていない場合は、「不定期」と記入すること。
- ※ 週当たりの勤務時間数の合計は、雇用契約等の勤務時間を超えないこと。なお、「不定期」については、勤務時間数に積算しないこと。
- ※ 欄が不足する場合は、別紙に記載すること。

