

店 舗 販 売 業 許 可 申 請 書

店 舗 の 名 称			
店 舗 の 所 在 地		〒 (TEL)	
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 を 行 う 体 制 の 概 要 (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		別紙のとおり	
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（詳細は別紙のとおり） ・ 無	
申 請 者 (法 人 に あ っ 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 受 け る こ と が な く な っ 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 っ 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 っ 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		1 省略する添付書類： 2 省略の理由：下記により提出済のため。 (申請、届出の種類) (許可番号) (店舗名称) (提出年月日)	

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

年 月 日

住 所 〒
(法人にあっては、主
たる事務所の所在地)

(TEL)

氏 名
(法人にあっては、名
称及び代表者の氏名)

【連絡先： 担当者名： 】

久留米市保健所長 あて

申請手数料納付済		
年	月	日
円		
領収No		印

店 舗 販 売 業 許 可 申 請 書

店 舗 の 名 称	〇〇薬店		
店 舗 の 所 在 地	〒830-8520 久留米市城南町15番地3〇〇ビル〇階 (TEL 0942-00-0000)		
店 舗 の 構 造 設 備 の 概 要	別紙のとおり 平面図を添付		
医 薬 品 の 販 売 又 は 授 与 を 行 う 体 制 の 概 要	別紙1を添付 別紙のとおり		
(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	久留米 太郎、久留米 次郎 原則として電話番号を記載。必要に応じてメールアドレス等も記載。		
通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間	8:30~17:15(月~金) 土日祝休み		
相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先	0942-00-0000(時間外転送) 〇〇〇@△△.co.jp		
特 定 販 売 の 実 施 の 有 無	有(詳細は別紙のとおり) ・ 無		
申 請 者 (に責任を有する役員を含む。) (法人にあっては、薬事に関する業務)	(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	全員なし
	(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	全員なし
	(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った後、3年を経過していない者	全員なし
	(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、その違反行為があった日から2年を経過していない者	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(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って必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	全員なし
	(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	全員なし
備 考	1 省略する添付書類:久留米 次郎の使用関係証明書 2 省略の理由:下記により提出済のため。 (申請、届出の種類)変更届 (許可番号)第〇〇〇〇号 (店舗名称)△△薬店 (提出年月日)元号〇年〇月〇日		

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

元号〇年〇月〇日

管理者・従事者の資格を証する書類は省略不可。

住 所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

〒〇〇-〇〇

福岡県福岡市〇〇区〇〇 〇番地

(TEL 092-0000-0000)

氏 名

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇薬品

代表取締役 久留米 太郎

【連絡先: 090-0000-0000 担当者名: 久留米 次郎】

久留米市保健所長 あて

申請手数料納付済

年 月

領収No

(1)~(7)について

- ・該当がなければ「なし」と記載。
- ・法人で責任を有する役員が複数名おり、全員該当しない場合は「全員なし」と記載。
- ・該当がある場合は詳細を記載。