

許可申請書別紙（薬局・店舗販売業）
（従事者に関する事項）

管理者	フリガナ チクシ イチロウ	週当たりの勤務時間数	40 時間 00 分
	氏名 筑紫 一郎	調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤
			<input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類）
		<input checked="" type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）	
住所	〇〇〇市〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇		
資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師	登録番号	登録年月日
	<input checked="" type="checkbox"/> 登録販売者	0000000	(元号)〇年〇〇月〇〇日
該当する管理者要件（従事期間等）			
<input checked="" type="checkbox"/> 過去5年間のうち2年（要指導医薬品又は第1類医薬品を取り扱う場合は3年）以上			
<input type="checkbox"/> 通算2年以上（店舗管理者等としての従事期間 年 月 日～ 年 月 日）			
<input type="checkbox"/> 通算5年以上（5年以上の研修受講実績 ※受講年月日及びその概要を別紙に記載）			
その他の従事者	フリガナ カスヤ フタバ	週当たりの勤務時間数	40 時間 00 分
	氏名 粕屋 二葉	調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤
			<input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類）
		<input checked="" type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）	
住所	●●●市●●●●●●●-●●●●●●●		
資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師	登録番号	登録年月日
	<input checked="" type="checkbox"/> 登録販売者	1111111	(元号)〇年〇〇月〇〇日
その他の従事者	フリガナ イトシマ ミツコ	週当たりの勤務時間数	30 時間 00 分
	氏名 糸島 三津子	調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤
			<input checked="" type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類）
		<input checked="" type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）	
住所	△△△市△△△△△-△△△△△		
資格種別	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師	登録番号	登録年月日
	<input type="checkbox"/> 登録販売者	2222222	(元号)〇年〇〇月〇〇日
その他の従事者	フリガナ ムナカタ シロウ	週当たりの勤務時間数	40 時間 00 分
	氏名 宗像 四郎	調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤
			<input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類）
		<input checked="" type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）	
住所	◇◇◇市◇◇◇◇◇◇◇-◇◇◇◇◇◇◇		
資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師	登録番号	登録年月日
	<input checked="" type="checkbox"/> 登録販売者	3333333	(元号)〇年〇〇月〇〇日
その他の従事者	フリガナ	週当たりの勤務時間数	時間 分
	氏名	調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤
			<input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類）
		<input type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）	
住所	<ul style="list-style-type: none"> 勤務する薬剤師・登録販売者全員について記載してください。 「週当たりの勤務時間数」は、通常の勤務体制にて当該薬局で勤務する時間（休憩時間を除く。）により算出してください。 「調剤・販売の別」は、従事する業務を全て選択してください。 		
資格種別			

(特定販売に関する事項)

特定販売を行う場合、記載してください（行わない場合は空欄）。

使用する通信手段	インターネット
取り扱う医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品
特定販売を行う時間 ②は特定販売のみ行う時間がある場合、記載してください	① 特定販売を行う時間 月～日 10:00～22:00 ② 上記のうち、特定販売のみを行う時間 なし
申請書に記載する名称と異なる名称を表示するときは、その名称	メディカルショップ記載例 同じ名称を表示する場合は、空欄としてください。
インターネット広告をするときは、そのホームページのアドレス及び構成の概要	https://www.kisairei/top.html インターネットの場合、ホームページ（トップページ）のURL及び閲覧にパスワードが必要な場合はパスワードを記載し、ホームページや医薬品のページ、運営に関するページなど、表示すべき事項の表示状態がわかるような資料を構成の概要として添付してください。
特定販売のみを行う時間がある場合は、行政が特定販売の実施方法に関する適切な監督を行うために必要な設備の概要	<input type="checkbox"/> デジタルカメラ <input type="checkbox"/> インターネットに接続されたパソコン <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他（ ） ②は特定販売のみ行う時間がある場合、記載してください
備考	

※ 特定販売に関して提出する書類

ホームページの構成の概要が分かるもの（画面をプリントアウトしたもの等）

(薬剤師不在時間に関する事項)

一日当たりの薬剤師不在時間	
管理薬剤師が当該薬局の従事者に連絡ができる体制	空欄としてください。
調剤を行う必要が生じた場合に講じる措置	
備考	