

(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 薬局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 調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制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。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 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。

【参考様式2】薬剤師又は登録販売者の一覧表

薬局（店舗）名称： ○○○薬局

1 管理者 * 該当する□にチェック☑してください。変更の有無欄は、変更があった者に☑してください。

	☑申請時・□変更前	変更後	変更の有無
氏 名	新潟 太郎		☐
住 所	新潟市○区○○△丁目○番○号		
週当たり勤務時間数	40 時間	時間	
資 格 者 種 別	☑薬剤師（調剤・販売） □登録販売者	□薬剤師（調剤・販売） □登録販売者	
薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第○○○○○○○号	第 号	
薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	○○○○年○○月○○日	年 月 日	

2 その他の薬剤師又は登録販売者

		☑申請時・□変更前	変更後	変更の有無
1	氏 名	新潟 花子		☐
	住 所	新潟市△区○○○丁目○番○号		
	週当たり勤務時間数	24 時間	時間	
	資 格 者 種 別	☑薬剤師（調剤・販売） □登録販売者	□薬剤師（調剤・販売） □登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第○○○□□□号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	○○○○年○○月○○日	年 月 日	
2	氏 名	新潟 二郎		☐
	住 所	新潟市□区○○△丁目○番○号		
	週当たり勤務時間数	40 時間	時間	
	資 格 者 種 別	□薬剤師（調剤・販売） ☑登録販売者	□薬剤師（調剤・販売） □登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第○○-○○-○○○号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	○○○○年○○月○○日	年 月 日	
3	氏 名			☐
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	□薬剤師（調剤・販売） □登録販売者	□薬剤師（調剤・販売） □登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	

その他の薬剤師又は登録販売者

		□申請時・□変更前	変更後	変更の有 無
4	氏 名			□
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	
5	氏 名			□
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	
6	氏 名			□
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	
7	氏 名			□
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	

資格者全員分の提出が必要

雇用（勤務）証明書

被用者（勤務者）氏名		新潟 花子
就業場所	名称	〇〇〇薬局
	所在地	新潟市△区〇〇〇丁目〇番〇号
従事する業務の内容 (該当する□に✓をすること)		<div><input type="checkbox"/> 管理者（専任）</div> <div><input checked="" type="checkbox"/> その他の薬剤師</div> <div><input type="checkbox"/> その他の登録販売者</div>
勤務日及び勤務時間		月曜日から金曜日 午前9時から午後6時 土曜日 午前9時から午後1時
薬局又は店舗の 営業日及び営業時間		月曜日から金曜日 午前9時から午後6時 土曜日 午前9時から午後1時
その他		

上記のとおり雇用関係にある（勤務している）ことを証明します。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

雇用者

住所 〇〇〇〇〇〇〇△丁目△番△号

氏名 〇〇〇株式会社
代表取締役 〇〇 △△

被用者

住所 新潟市△区〇〇〇丁目〇番〇号

氏名 新潟 花子

- （記載上の注意）
- 1

被用者（勤務者）氏名欄に記載された者が、当該薬局若しくは店舗の許可の申請者又は申請者たる法人の役員である場合は、当該薬局又は店舗における勤務の状況として記載すること。それ以外は使用関係を証する書類として記載すること。
- 2

雇用者が法人の場合にあっては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名を記載すること。
- 3

被用者（勤務者）が複数の薬局又は店舗で業務に従事する場合は、「その他」欄に記載すること。
- 4

記載事項の全てを記載できない場合は、当該欄に「別紙のとおり」と記載し別紙を添付すること。

薬局又は店舗の名称: ○○○薬局

[illegible]

注) 営業時間等及び薬剤師・登録販売者の勤務時間について、塗りつぶすか、線を引いて、何時から何時まで営業・勤務しているかわかるように記載してください。

開店時間の 1 週間の総和	44 時間
要指導医薬品又は一般医薬品を販売する開店時間の 1 週間の総和	44 時間

種 別	氏 名	週当たりの勤務時間
管理者(薬剤師・登録販売者)	新潟 太郎	40 時間
薬剤師・登録販売者	新潟 花子	24 時間
薬剤師・登録販売者	新潟 二郎	40 時間
薬剤師・登録販売者		時間
薬剤師・登録販売者		時間
薬剤師・登録販売者		時間

【参考様式3-1(薬局)】許可申請書に添付する書類

薬局名: ○○○薬局

1. 取り扱う医薬品の区分(特定販売を除く) *該当する□にチェック☑をしてください。

- | | | |
|-------------------------------------|----------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 薬局医薬品(薬局製造販売医薬品を除く。) | |
| <input type="checkbox"/> | 薬局製造販売医薬品 | *薬局製造販売医薬品製造販売業及び薬局製造販売医薬品製造業許可取得施設に限る |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 要指導医薬品 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 第一類医薬品 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 指定第二類医薬品 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 第二類医薬品(指定第二類医薬品を除く) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 第三類医薬品 | |

2. 一日平均取扱処方箋数(予定)

〔 一日当たりの、眼科、耳鼻咽喉科及び歯科の処方箋の数にそれぞれ3分の2を乗じた数とその他の診療科の処方せんの数との合計数 〕

40 枚/日

3. 兼営事業の種類

管理医療機器販売業

【参考様式4-1(薬局)】特定販売を行おうとする場合に添付する書類

薬局名: ○○○薬局

1. 特定販売を行う際に使用する通信手段 *該当する□にチェック☑をしてください。

☒ インターネット ☐ 電話 ☐ カタログ(郵便) ☐ その他
()

2. 特定販売を行う医薬品の区分 *該当する□にチェック☑をしてください。

- ☐ 薬局製造販売医薬品(毒薬及び劇薬であるものを除く) *薬局製造販売医薬品製造販売業及び薬局製造販売医薬品製造業許可取得施設に限る
- ☒ 第一類医薬品
- ☒ 指定第二类医薬品
- ☒ 第二类医薬品(指定第二类医薬品を除く)
- ☒ 第三類医薬品

3. 特定販売を行う時間及び営業時間について

*該当する□にチェック☑をしてください。

*イに該当する場合は、以降のa及びbについても記載してください。

- ☒ ア. 特定販売のみを行う時間はない(営業時間=開店時間)
- ☐ イ. 特定販売のみを行う時間がある
- a. 特定販売のみを行う時間(欄に書ききれない場合は「別紙のとおり」とし、別紙を添付してください)
- ()
- b. 適切な監督を行うために必要な設備の概要
- ☐ デジタルカメラ+電子メール+固定電話の設備がある
(電話番号:)
- *上記設備は、新潟市薬局開設許可等の審査基準となっている設備です。

4. 特定販売の広告に表示する薬局の名称

*ア、イのいずれか該当する□にチェック☑をしてください。イに該当する場合は、その名称を記載してください。

- ☒ ア. 許可証と同じ名称を使用する
- ☐ イ. 許可証と異なる名称を使用する

特定販売の広告に表示する名称:

5. 特定販売を行うことについてインターネットを利用して広告をするときの概要

(1) 主たるホームページアドレス

<http://www.○○○○.○○○.○○○.com/>

*閲覧にパスワードが必要な場合は、そのパスワードを記載してください。

パスワード:

(2) 主たるホームページの構成の概要

別添のとおり

*主たるホームページの構成の概要については、トップページ及び医薬品販売のページのイメージ等の書類を添付してください。