

様式第八十三（第百四十八条関係）

配置販売業許可申請書

営 業 の 区 域			
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			
申請者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	
	(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配置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)	配置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	<u>販売・授与する医薬品区分</u> ☐ 第1類医薬品 ☐ 指定第2類医薬品 ☐ 第2類医薬品 ☐ 第3類医薬品 (指定濫用防止医薬品の取扱いの有無 有・無)		

上記により、配置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)

連絡先：電話

和歌山県知事
保健所長 様

(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 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。
- 4 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。
- 5 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。

雇用(使用)関係証明書

事業主 は、区域管理者 と雇用（使用）関係にあることを証明します。

年 月 日

事業主

住 所

氏 名

区域管理者（ 薬剤師 ・ 登録販売者 ）

住所

氏 名

和歌山県知事 様

保健所長 様

雇用（使用）関係証明書

事業主 は、薬剤師 ・ 登録販売者 と
雇用（使用）関係にあることを証明します。

年 月 日

事業主

住所

氏 名

薬 剤 師 ・ 登録販売者

住所

氏 名

和歌山県知事 様

保健所長 様

薬剤師または登録販売者の一覧表

1 区域管理者

氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間		
種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年 月 日

2 その他の資格者

氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間		
種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年 月 日
氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間		
種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年 月 日
氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間		
種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年 月 日
氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間		
種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年 月 日

従事年数証明書

住 所

氏 名

勤務していた薬局・店舗・営業所（配置販売業）の

所在地（営業区域）

名 称

許可の種別

許可番号及び許可年月日

勤務していた期間 令和・平成・昭和 年 月 日 から

令和・平成・昭和 年 月 日 まで（ 年 ヲ月）

上記のとおり、（ ）に関する業務に従事していたことを証明します。

年 月 日

住 所

氏 名

診 断 書

氏 名			
生年月日		年 齢	
上記の者について、下記のとおり診断します。 1. 精神機能の障害（□にチェックを付けること） ☐ 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者でない。 ☐ なし ☐ あり			
診断年月日	年 月 日		
病院、診療所又は介護老人保健施設等の 名 称 所在地 電話 () 医師の氏名			