

目 次

申請関係一覧表	p 2
届出関係一覧表	p 4～p 5

第1 申請・届出

1 許可申請	p 6～p 15
2 許可更新申請	p 16～p 18
3 許可証書換え交付申請	p 19～p 21
4 許可証再交付申請	p 22～p 24
5 変更届出	p 25～p 32
6 休止・廃止・再開届出	p 33～p 36
7 特定販売に係る届出	p 37～p 43

第2 添付書類の省略

第3 申請書等の様式

第4 添付書類の様式例

申請関係一覧表 (法：医薬品医療機器等法^{*}、令：法施行令、規則：法施行規則)

^{*}医薬品医療機器等法：医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律

●：必須書類

○：場合によっては必要な書類

申請事項	必要書類	手数料 (現金)
<p>許可申請 法第 24 条第 1 項 法第 26 条 規則第 139 条第 1 項～ 第 7 項 <u>*許可は店舗ごとに必要</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ●許可申請書 ●店舗平面図 ○店舗配置図（他の売場と壁面により区画できない場合） ○申請者（法人の場合は薬事に関する業務に責任を有する役員）が精神の機能の障がいにより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おそれがある者である場合は、当該申請者の精神の機能の障がいに関する診断書【様式例 4】 <u>※発行日より 3 ヶ月以内のもの</u> ●登記事項証明書（法人） <u>※発行日より 6 ヶ月以内のもの</u> ●薬剤師免許証又は販売従事登録証の原本：窓口で提示 ●店舗管理者、その他の薬剤師・登録販売者の「氏名」「住所」等を記載した一覧表【様式例 3】 ●店舗管理者の雇用契約書の写し又は使用関係証書【様式例 1】 ○誓約書【様式例 7】（法人の役員が店舗管理者を兼務する場合） ●店舗管理者の資格を証する書類（登録販売者である場合） 業務（実務）従事証明書【様式例 8】【様式例 9】【様式例 10】若しくは業務（実務）従事確認書【様式例 11】【様式例 12】【様式例 13】管理者要件により、継続的研修及び追加的研修の修了証（詳細は P8 参照） ※窓口で原本を提示し、写しを一部提出してください。 ○再教育研修修了登録証（店舗管理者が薬剤師で、該当する場合） ●その他の薬剤師・登録販売者の雇用契約書の写し又は使用関係証書【様式例 1】 ●業務体制表【様式例 2】 ●薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令で規定される指針・手順書：窓口で提示 ○特定販売に関する書類（特定販売を行う場合）【様式例 5】 	29,000 円
<p>許可更新申請 法第 24 条第 2 項 規則第 142 条で準用する 第 6 条 <u>*許可は 6 年ごとに更新</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ●許可更新申請書 ●許可証（原本） ○紛失理由書【様式例 6】（許可証を紛失した場合） ○申請者（法人の場合は薬事に関する業務に責任を有する役員）が精神の機能の障がいにより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おそれがある者である場合は、当該申請者の精神の機能の障がいに関する診断書【様式例 4】 <u>※発行日より 3 ヶ月以内のもの</u> 	11,000 円
<p>許可証書換え交付申請 令第 45 条第 1 項～第 2 項 規則第 142 条で準用する 第 4 条 <u>*許可証記載事項に変更があった場合に申請可</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ●許可証書換え交付申請書 ●許可証（原本） ○変更届書及びその添付書類（届出を行っていない変更がある場合） 	2,000 円

<p>許可証再交付申請 令第46条第1項～第2項 規則第142条で準用する 第5条 *許可証を破り、汚し、 又は失った場合に申請可</p>	<p>●許可証再交付申請書 ●許可証（原本） ○紛失理由書（許可証を紛失した場合）【様式例6】</p>	<p>2,900円</p>
---	---	---------------

届出関係一覧表

(法：医薬品医療機器等法、令：法施行令、規則：法施行規則)

●：必須書類

○：場合によっては必要な書類

届出事項	必要書類
<p>変更届（事後届出） 法第 38 条第 1 項で 準用する第 10 条第 1 項 規則第 159 条の 19 第 1 項 ※変更後 30 日以内 に届出を行うこと。</p>	<p>●変更届書（1）～(12)全てに共通 (1-1)店舗販売業者の氏名（個人） ●戸籍抄（謄）本又は戸籍記載事項証明書 ※発行日より 6 ヶ月以内のもの (1-2)店舗販売業者の名称（法人） ●登記事項証明書 ※発行日より 6 ヶ月以内のもの ※変更前後の内容を確認できるもの (2-1)店舗販売業者の住所（個人） (2-2)店舗販売業者の住所（法人） ●登記事項証明書 ※発行日より 6 ヶ月以内のもの ※変更前後の内容を確認できるもの (3) 薬事に関する業務に責任を有する役員 ●登記事項証明書 ※発行日より 6 ヶ月以内のもの ※変更前後の内容を確認できるもの ○新たに役員となった者が精神の機能の障がいにより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おそれがある者である場合は、当該役員に係る精神の機能の障がいに関する診断書【様式例 4】 ※発行日より 3 ヶ月以内のもの (4)店舗管理者 ●業務体制表【様式例 2】 ●雇用契約書の写し又は使用関係証書【様式例 1】 ○誓約書【様式例 7】（法人の役員が店舗管理者を兼務する場合） ●店舗管理者の資格を証する書類（登録販売者である場合） 業務（実務）従事証明書【様式例 8】【様式例 9】【様式例 10】若しくは業務（実務）従事確認書【様式例 11】【様式例 12】【様式例 13】 管理者要件により、継続的研修及び追加的研修の修了証（詳細は P8 参照） ※窓口で原本を提示し、写しを一部提出してください。 ○再教育研修修了登録証の原本：窓口で提示（店舗管理者が薬剤師で、該当する場合） ●薬剤師免許証又は販売従事登録証の原本：窓口で提示 (5)その他の薬剤師又は登録販売者 ●業務体制表【様式例 2】 ●雇用契約書の写し又は使用関係証書【様式例 1】 ●薬剤師免許証又は販売従事登録証の原本：窓口で提示 (6)店舗管理者、その他の薬剤師又は登録販売者の氏名 ●戸籍抄（謄）本若しくは戸籍記載事項証明書、書換え後の薬剤師免許証等又は薬剤師免許証等の書換え若しくは籍訂正申請中の証明書の提示 ※発行日より 6 ヶ月以内のもの（薬剤師免許証等を除く） (7)店舗管理者、その他の薬剤師又は登録販売者の週当たりの勤務時間数 ●業務体制表【様式例 2】 (8)店舗管理者の住所 (9)構造設備の主要部分</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ●変更前後の平面図 (10) 通常の営業日及び営業時間 ●業務体制表【様式例 2】 (11) 兼営事業の種類 (12) 販売・授与する医薬品の区分 <li style="padding-left: 20px;">※特定販売を行う医薬品の区分のみを変更した場合を除く。
<p>変更届（事前届出） 法第 38 条第 1 項で 準用する第 10 条第 2 項 規則第 159 条の 20 第 1 項 ※変更前にあらか じめ届出を行う こと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●変更届書（13）～（21）全てに共通 (13) 店舗の名称 (14) 相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先 (15-1) 特定販売を新たに始めるとき ●特定販売に関する書類【様式例 5】 ●業務体制表【様式例 2】 <li style="padding-left: 20px;">【特定販売を既に行っている場合】 (15-2) 特定販売をやめるとき (16) 特定販売を行う際に使用する通信手段（「注文の受領と情報提供等を行う手段」及び「広告方法」） ○特定販売に関する書類【様式例 5】（16）～（21）全てに共通 (17) 特定販売を行う医薬品の区分 (18) 特定販売を行う時間及び営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合はその時間 ●業務体制表【様式例 2】 (19) 特定販売を行うことについての広告に、その店舗の名称と異なる名称を表示するときは、その名称 (20) 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は、主たるホームページアドレス <li style="padding-left: 20px;">※ホームページ閲覧に ID やパスワードが必要な場合は併せてその ID 等を記載してください。 (21) 市長又は厚生労働大臣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 <li style="padding-left: 20px;">※当該店舗の営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合に限る。
<p>廃止届 法第 38 条第 1 項で 準用する第 10 条第 1 項 ※廃止後 30 日以内 に届出を行うこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●廃止届書 ●許可証（原本） ○紛失理由書（許可証を紛失した場合）【様式例 6】
<p>休止届 法第 38 条第 1 項で 準用する第 10 条第 1 項 ※休止後 30 日以内 に届出を行うこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●休止届書
<p>再開届 法第 38 条第 1 項で 準用する第 10 条第 1 項 ※再開後 30 日以内 に届出を行うこと。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●再開届書

1 許可申請

次のような場合には、新たに許可の申請が必要です。

- ① 初めて店舗を開店する場合
- ② 店舗販売業者が変わる場合（相続、譲渡、法人化、法人の合併など）
- ③ 許可業種が変わる場合（薬局を店舗販売業に変更する場合など）
- ④ 全面改築の場合（既存の店舗を取り壊して新築する場合）
※改装は変更として取り扱います。
- ⑤ 仮店舗を開店する場合
（既存の店舗の全面改築等の際に、仮店舗で医薬品の販売を行う場合）
- ⑥ 店舗を移転する場合（同一ビル内で階を移る場合も必要）
- ⑦ 許可の更新申請を期限内にしなかった場合

新たに店舗販売業の業務を行う場合は、許可申請が必要です。店舗販売業の許可申請の標準処理期間は18日です。この期間には、本市の休日（土日祝日等）、及び書類の不備や構造設備が不十分等の理由で審査ができない期間は含まれません。

業務を開始する日、又は許可を希望する日から余裕を持って申請を行うようにしてください。

<許可要件の主なもの> ※詳細な許可要件については、審査基準をご覧ください。

- ① 店舗管理者を置くこと
- ② 医薬品の購入者が容易に出入りできる構造であり、店舗であることがその外観から明らかであること
- ③ 店舗の面積は、13.2㎡以上とし、店舗販売業の業務を適切に行うことができるものであること（店舗販売業の業務に支障が生じない限り、医薬品以外の物を取り扱う売場を店舗販売業の面積に含めることができます。）
- ④ 情報提供のための設備を設置すること
- ⑤ 開店時間外に特定販売（その店舗におけるその店舗以外の場所にいる者に対する一般用医薬品の販売・授与をいう。）を行っている営業時間がある場合、画像又は映像をパソコン等により市長等の求めに応じて直ちに送信できる設備（※）を備えること。
（※）デジタルカメラ、電話、電子メール、デジタルカメラで撮影した画像を電子メールに添付して送信するために必要な設備
- ⑥ 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売する営業時間内は、常時、薬剤師が勤務していること
- ⑦ 第二類医薬品又は第三類医薬品を販売する営業時間内は、常時、薬剤師又は登録販売者が勤務していること
- ⑧ 業務に係る指針及び手順書を作成すること

※店舗である旨がその外観から判別できない店舗や、通常人が立ち寄らないような場所に敢えて開設した店舗等、実店舗での対面による販売を明らかに想定していないような店舗は認められません。（平成26年3月10日付 薬食発0310第1号通知より）

<手数料>

29,000 円（現金）

<必要な書類等>

- ① 店舗販売業許可申請書（規則様式第七十六）（p 4 6）
- ② 店舗の平面図（p 1 5）
- ③ 店舗配置図（p 1 5）
店舗がスーパーマーケット内にある等、他の売場と壁面により区画できない場合には当該フロア全体の配置図も提出してください。
※ 店舗の床材を他の売場と異なるものにする、他の売場との境界に床面と異なる色又は材質の線を引く等、店舗と他の場所を明確に区別してください。
- ④ 申請者（法人の場合は薬事に関する業務に責任を有する役員）の診断書【様式例 4】
 - ・申請者が精神の機能の障がいにより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おそれがある者である場合のみ必要です。
 - ・申請者が法人である場合は、薬事に関する業務に責任を有する（分掌する業務の範囲に、薬事に関する法令に関する業務が含まれる役員）が対象です。
代表取締役（代表執行役）は全ての業務の決定権があるため、全員が薬事に関する業務に責任を有する役員に該当します。
- ⑤ 登記事項証明書
申請者が法人の場合は、発行後 6 ヶ月以内のものを添付してください。
- ⑥ 薬剤師の免許証又は登録販売者の販売従事登録証
申請書の記載内容と免許証等の原本を照合した後、その場で返却します。

登録販売者として従事する者が販売従事登録をしていない場合

店舗販売業の許可申請には、登録販売者の販売従事登録証が必要です。しかし、従事する店舗に許可がないときは登録販売者の販売従事登録申請ができません。

このため、新たに許可を申請する店舗において、販売従事登録をしていない者を登録販売者として従事させようとする場合は、店舗販売業の許可申請（高槻市）と登録販売者の販売従事登録申請（大阪府）を同時に行う必要があります。

その際は、次の手順で申請を行ってください。

1 販売従事登録申請を先に行う場合

- (1) 販売従事登録申請時に交付される大阪府発行の引換証（受付印有）の写し若しくは販売従事登録申請書の写し（受付印のあるものに限る。申請書のコピーを持参し、受付印を押してもらふこと。以下、同じ。）を、店舗販売業の許可申請時に添付する。
- (2) 許可証の交付時に販売従事登録証の原本を持参する。
※ その場で販売従事登録証を確認し、返却します。

2 店舗販売業の許可申請を先に行う場合

- (1) 店舗販売業の許可申請時に合格通知書を提示する。
- (2) 速やかに販売従事登録申請を行い、引換証の写し若しくは販売従事登録申請書の写しを提出する。
- (3) 許可証の交付時に販売従事登録証の原本を持参する。
※ その場で販売従事登録証を確認し、返却します。

- ⑦ 店舗管理者、その他の薬剤師・登録販売者の「氏名」「住所」等を記載した一覧表
- ・店舗管理者及びその他の薬剤師・登録販売者の「氏名」「住所」「週当たりの勤務時間」「薬剤師名簿の登録番号及び登録年月日又は販売従事登録の登録番号及び登録年月日」を所定の様式【様式例3】に記載してください。
 - ・店舗管理者は要指導医薬品・第一類医薬品を販売する店舗では常勤の薬剤師の氏名等を、要指導医薬品・第一類医薬品を販売しない店舗では常勤の薬剤師又は登録販売者の氏名等を記載してください。

登録販売者制度の改正について

「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則の一部を改正する省令」（令和5年厚生労働省令第61号）により、管理者要件（研修中の登録販売者以外の登録販売者の要件）が改正され、令和5年4月1日に施行されました。

登録販売者が店舗管理者等になるための要件

➤ 第2類、第3類医薬品を販売又は授与する店舗の管理者

《1》 必要な実務経験などの要件について

- 【i】 過去5年間のうち従事期間※1の合計が通算して2年以上※2※3の者
- 【ii】 過去5年間のうち従事期間※1の合計が通算して1年以上※2※4かつ、継続的研修並びに追加的研修※5を修了した者※6
- 【iii】 平成21年6月1日以降に従事期間※1が通算して1年以上※2※4であり、過去に店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した経験のある者
- 【iv】 平成21年6月1日以降に従事期間※1が通算して5年以上※2※3であり、かつ、継続的研修又は追加的研修と同等以上の研修※7を通算して5年以上受講した者

※1 薬局、店舗販売業又は配置販売業において一般従事者として薬剤師又は登録販売者の管理及び指導の下に実務に従事した期間及び登録販売者として業務（店舗管理者又は区域管理者としての業務を含む。）に従事した期間

※2 従事期間は、月単位で計算すること

※3 1か月に80時間以上従事した場合に従事期間として認められる

※4 1か月に160時間以上従事した場合に従事期間として認められる

※5 店舗の管理及び法令遵守に関する追加的な研修

※6 継続的研修及び追加的研修の受講を証明する書類の原本を窓口で提示し、写しを一部提出してください。

※7 継続的研修等の受講を証明する書類の原本を窓口で提示し、写しを一部提出してください。

◆ 従事期間について

【i】、【ii】について

- 過去5年間のうち、月当たりの時間数にかかわらず月単位で従事した期間が通算して1年以上又は2年以上あり、かつ、合計1,920時間以上従事した場合についても、それぞれ要件を満たしたものとみなします。

【iii】について

- 月当たりの時間数にかかわらず月単位で従事した期間が通算して1年以上あり、か

つ、合計1,920時間以上従事した場合についても、要件を満たしたものとみなします。

【iv】について

- 月当たりの時間数にかかわらず月単位で従事した期間が通算して5年以上あり、かつ、合計4,800時間以上従事した場合についても、要件を満たしたものとみなします。
- 本要件は当分の間の措置として設けられたものです。

《2》 従事期間の証明（使用する証明書様式）について

- 原本を窓口で提示し、写しを一部提出してください。

【i】、【ii】について

- 登録販売者としての業務経験については、業務従事証明書【様式例8】
- 一般従事者としての実務経験については、実務従事証明書【様式例9】
- 被業務（実務）経験証明者に係る勤務状況報告書【様式例10】

【iii】、【iv】について

- 登録販売者としての業務経験については、業務従事確認書【様式例11】
- 一般従事者としての実務経験については、実務従事確認書【様式例12】
- 被業務（実務）経験確認者に係る勤務状況報告書【様式例13】
- 従事期間及び店舗管理者の経験については、当該登録販売者が従事している店舗販売業者が責任を持って確認し、客観的な事実に基づいて判断すること。管理者とする場合には、当該登録販売者の業務経験等を証明する書類を作成してください。

➤ 第1類医薬品を販売又は授与する店舗の管理者

（常勤の薬剤師がいない場合などで、やむを得ず登録販売者を店舗管理者とする場合に限る）

《1》 必要な実務経験などの要件について

- 過去5年間のうち、次の①、②に掲げる期間が通算して3年以上※8※9の者

※8 従事期間は、月単位で計算すること

※9 1か月に80時間以上従事した場合に従事期間として認められる

① 次の（ア）から（ウ）までに掲げる薬局、店舗又は区域において、登録販売者として業務に従事した期間

（ア）要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局

（イ）薬剤師が店舗管理者である要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する店舗

（ウ）薬剤師が区域管理者である第1類医薬品を配置販売する区域

② 次の（ア）又は（イ）に掲げる管理者として業務に従事した期間

（ア）第1類医薬品を販売し、又は授与する店舗の店舗管理者

（イ）第1類医薬品を配置販売する区域の区域管理者

◆ 従事期間について

- 過去5年間のうち、月当たりの時間数にかかわらず月単位で従事した期間が通算して3年以上あり、かつ、合計2,880時間以上従事した場合についても、要件を満たしたものとみなします。

《2》従事期間の証明（使用する証明書様式）について

- 原本を窓口で提示し、写しを一部提出してください。
- 業務経験については、業務従事証明書【様式例8】
- 被業務経験証明者に係る勤務状況報告書【様式例10】

- ⑧ 店舗管理者の使用関係を証する書類又は雇用契約書の写し
開設者（法人の場合は業務を行う役員（代表者を含む））が店舗管理者を兼務する場合には不要。ただし、法人の役員が店舗管理者を兼務する場合、当該店舗を実地に管理する旨及び当該店舗以外の場所で業として店舗の管理その他薬事に関する実務に従事しない旨の記載のある⑨の誓約書が必要。また、個人の場合においては、当該店舗以外の場所で業として店舗の管理その他薬事に関する実務に従事しない旨を申請書の備考欄に記載すること。
- ⑨ 誓約書【様式例7】
法人の役員が店舗管理者を兼務する場合は、誓約書を提出してください。
- ⑩ 店舗管理者の資格を証する書類（登録販売者である場合）
P9、P10の各要件の「《2》従事期間の証明（使用する証明書様式）について」を参照してください。
- ⑪ 再教育研修修了登録証（原本）
店舗管理者が薬剤師法第8条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令（再教育研修命令）を受けた者である場合は申請時に原本を提示してください。窓口で確認し、その場で返却します。
- ⑫ その他の薬剤師・登録販売者の使用関係を証する書類又は雇用契約書の写し
- ・ その他の薬剤師又は登録販売者を雇用する場合は提出してください。
 - ・ 開設者（法人の場合は業務を行う役員（代表者を含む））が兼務する場合は不要です。
- ※ 薬剤師等が派遣の場合は、派遣元の使用者と被使用者の使用関係を証する書類及び店舗販売業者と派遣元の契約書の写しが必要。
- ⑬ 業務体制表【様式例2】
- ・ 記載例を参考に薬剤師等の勤務体制を記載してください。
 - ・ 業務体制表は、薬剤師等が1名の場合であっても提出が必要です。
- ⑭ 要指導医薬品・一般用医薬品の適正販売等を確保するための指針
確認し、後日返却します。
- ⑮ 要指導医薬品・一般用医薬品の適正販売等のための業務に関する手順書
確認し、後日返却します。
- ⑯ 特定販売に関する書類（法第4条第3項第4号ロ関係）【様式例5】
特定販売を行う場合に必要です。
- ※ 詳細は、「7 特定販売に係る届出」（p37）を参照してください。

店舗販売業許可申請書

店舗の名称	〇〇薬店		①
店舗の所在地	高槻市〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ビル1階		②
店舗の構造設備の概要	別紙のとおり		③
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙のとおり		④
(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	〇〇 〇〇、△△ △△、□□ □□		⑤
通常の営業日及び営業時間	別紙のとおり		⑥
相談時及び緊急時の連絡先	TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		⑦
特定販売の実施の有無	有 ・ 無		⑧
申請者(法人にあつては、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	なし(又は全員なし)	⑨
	(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	なし(又は全員なし)	
	(3) 禁錮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	なし(又は全員なし)	
	(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、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	なし(又は全員なし)	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし(又は全員なし)	
	(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	なし(又は全員なし)	
	(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	なし(又は全員なし)	
店舗において販売し、又は授与する医薬品の区分	要指導医薬品、第一類医薬品 指定第二類医薬品、第二類医薬品、第三類医薬品		⑩
兼営事業の種類	医薬品・医薬部外品・化粧品の販売 高度管理医療機器等販売業・貸与業 (特定) 家庭用) 管理医療機器販売業・貸与業、毒物劇物販売業		⑪
備考	<input checked="" type="checkbox"/> 冷暗貯蔵が必要な医薬品は取り扱わない <input checked="" type="checkbox"/> 毒薬は取り扱わない ・店舗管理者の前職歴: □□市××薬店を〇年〇月〇日付退職 TEL: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX: 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		⑫

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 株式会社 〇〇〇〇
代表取締役 〇〇 〇〇

⑬

(宛先) 高槻市長

<記載上の留意点（店舗販売業許可申請書）>

- ① 店舗の名称
店舗の名称には「薬局」及び「ファーマシー」は使用できません。
- ② 店舗の所在地
店舗の所在地は、住居表示のとおり記載するとともに、ビル内のように店舗が建物の一部である場合は、「〇〇ビル〇階〇号室」等詳しく記載してください。
- ③ 店舗の構造設備の概要
同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付してください。
- ④ 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要
「別紙のとおり」と記載し、別紙で「薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令」で規定されている業務を行う体制を示す「業務体制表」を添付してください。
- ⑤ （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
 - ・申請者が法人の場合は監査役を除く全ての薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名を記載してください。「別添のとおり」と記載し、別紙で組織図若しくは業務分掌表を添付してもかまいません。
 - ・代表取締役（代表執行役）は全ての業務の決定権があるため、全員が薬事に関する業務に責任を有する役員となります。
- ⑥ 通常の営業日及び営業時間
 - ・「別紙のとおり」と記載し、別紙で「業務体制表」を添付してください。
 - ・営業時間とは、実店舗を開店し、販売・授与等を行う時間及び実店舗を閉店し、特定販売のみを行う時間の両者を指すものであり、注文のみを受け付ける時間は含まれません。
- ⑦ 相談時及び緊急時の連絡先
相談時及び緊急時に連絡が取れる電話・FAX番号、電子メールアドレス等を記載してください。
- ⑧ 特定販売の実施の有無
特定販売の実施の有無について、該当する箇所を○で囲んでください。なお、「有」の場合は「7 特定販売に係る届出」（p 37）を参照してください。
- ⑨ 申請者の欠格条項
当該事実がない場合は、(1)欄から(7)欄に「なし」と記載してください。また、法人の場合であって薬事に関する業務に責任を有する役員が複数名いる場合は、「全員なし」と記載してください。当該事実がある場合は、(1)欄及び(2)欄にその理由及び年月日を、(3)欄にその罪、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った場合はその年月日を、(4)欄にその違反の事実及び年月日を記載してください。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がいに関する医師の診断書を添付してください。
- ⑩ 店舗において販売し、又は授与する医薬品の区分
販売し、又は授与する医薬品の区分について、該当する箇所を○で囲んでください。

⑪ 兼営事業の種類

「店舗販売業」以外の兼営事業の種類を記載又は○で囲んでください。法施行令第49条第1項に基づき、本申請により管理医療機器（特定保守管理医療機器を除く。）の販売業又は貸与業に係る届出を行ったものとみなされます。

上記の場合であっても、特定管理医療機器を販売等する場合には、要件を満たす営業所管理者の配置が必要です。店舗管理者と特定管理医療機器の営業所管理者が異なる場合にあっては、医薬品販売業の許可申請書の備考欄に特定管理医療機器営業所管理者の氏名及び住所を記載し、資格を証する書類を提出してください。免許証など原本を添付できない場合は、原本を窓口で提示し、写しを一部提出してください。

※ 特定管理医療機器営業所管理者を変更等した際は「変更届出」の「記載上の留意事項」（p 32）をご覧ください。

⑫ 備考

- ・ 店舗管理者の直近の前職歴を記載してください。
例：□□市××薬店を○年○月○日付退職
- ・ 店舗の電話番号及びFAX 番号を記載してください。
- ・ 冷暗貯蔵が必要な医薬品を取り扱わない場合は「冷暗貯蔵が必要な医薬品は取り扱わない」に☐を付けてください。
- ・ 毒薬を取り扱わない場合は「毒薬は取り扱わない」に☐を付けてください。
- ・ 使用関係証書等の他の書類に「店舗管理者が当該店舗以外の場所で業として店舗の管理その他薬事に関する実務に従事しない」旨を記載していない場合はその旨を記載してください。
- ・ 店舗の許可開始日を希望する場合はその旨を記載してください。
ただし、申請日から希望日までの期間が標準処理期間より短い場合はご希望に添えない場合があります。
- ・ 添付書類を省略した場合はその旨を記載してください。記載方法は、「第3添付書類の省略」（p 44）を参照してください。

⑬ 申請者の住所、氏名

- ・ 住所について、個人の場合は現住所を、法人の場合は登記されている本店又は主たる事務所の所在地を記載してください。
- ・ 氏名について、法人の場合は登記されている商号及び代表者の氏名を記載してください。

<記載上の留意点（店舗平面図）>

定規等を用いて縮尺で正確に作成してください。建築関係図面の転用も可能です。

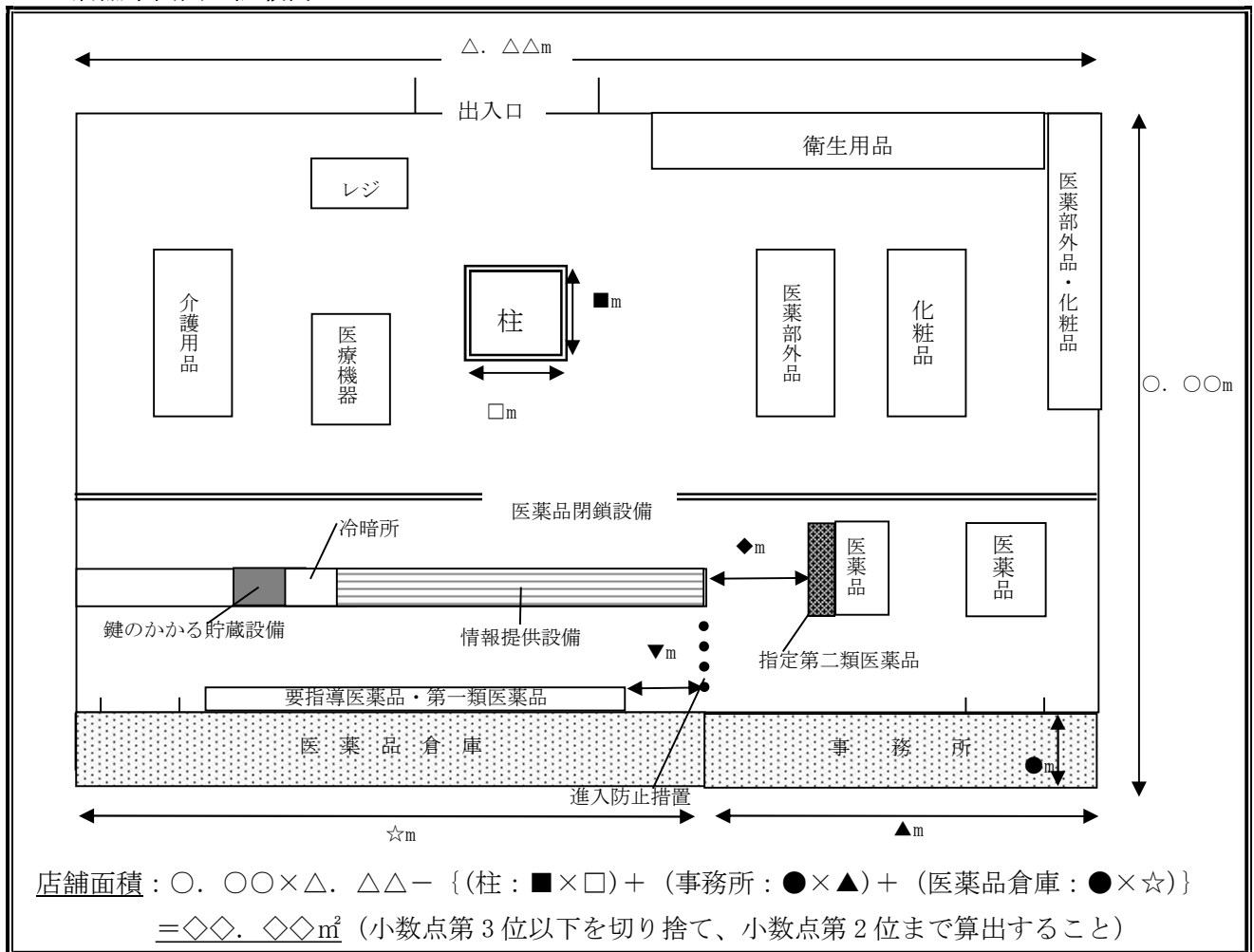
なお、下記事項を店舗平面図に記載してください。

【記載事項】

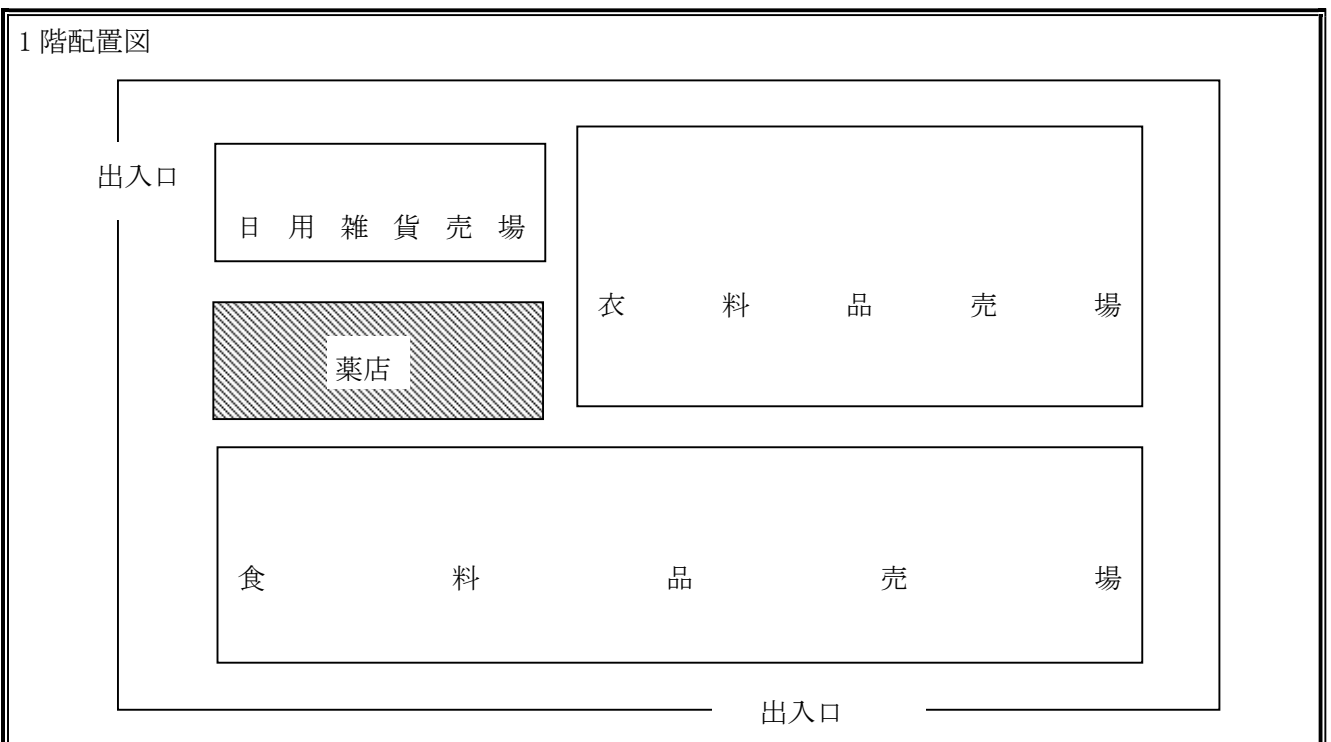
- ① 店舗の面積が算出できるよう壁の内側の寸法を記載してください。
- ② 平面図の余白欄に、店舗面積の算出式を記載してください。
 - ※ 店舗の有効面積は、13.2 m²以上。
 - ※ 柱等店舗の売り場として使用できない場所がある場合はその部分の寸法を記載し、有効面積から差し引くこと。
 - ※ 更衣室、トイレ、事務所等の面積は店舗の面積として計上しないこと。
- ③ 店舗の出入口、住居等との区画がよく判るように記載してください。
 - ※ 他の場所（当該店舗の倉庫や事務所等の附属設備及び自宅を除く）へ行くために、店舗内を通らなければならない構造は不可。
- ④ 医薬品を陳列する場所を記載してください。要指導医薬品又は第一類医薬品、指定第二類医薬品を陳列する場合は、その場所を記載してください。
 - ※ 要指導医薬品・第一類医薬品陳列区画（要指導医薬品・第一類医薬品陳列設備から1.2m以内の範囲）に購入者が進入できない措置をとる、又は鍵をかけた陳列設備若しくは購入者が直接手に取れない設備に要指導医薬品・第一類医薬品を陳列すること。
- ⑤ 要指導医薬品又は一般用医薬品の陳列場所を閉鎖する構造がある場合は、その場所を記載してください。
 - ※ 一般用医薬品を販売しない営業時間がある場合はその陳列場所を閉鎖する構造設備であること。
 - ※ 要指導医薬品・第一類医薬品を販売しない営業時間がある場合は要指導医薬品・第一類医薬品陳列区画を閉鎖できる構造設備であること。
 - ※ 閉鎖の方法は、シャッター、パーティション、チェーン等の構造設備により物理的に遮断され、進入することが困難なものであること。
 - ※ 閉鎖する際は、当該区画で医薬品の販売を行えないことが明確に判別できるようにすること。
- ⑥ 情報を提供するための設備の場所を記載してください。
 - ※ 要指導医薬品・第一類医薬品を陳列する場合は、要指導医薬品・第一類医薬品陳列区画の内部又は近接する場所に設置すること。
 - ※ 指定第二類医薬品を陳列する場合（鍵をかけた陳列設備に陳列する場合又は指定第二類医薬品を陳列する陳列設備から1.2m以内の範囲に購入者が進入することができないよう必要な措置が採られている場合を除く）は、情報提供設備から7m以内の範囲に指定第二類医薬品を陳列できるよう設置すること。
- ⑦ 要指導医薬品・第一類医薬品を陳列する（鍵をかけた又は購入者が直接手に取れない陳列設備に陳列する場合を除く）場所から進入防止措置までの距離、及び指定第二類医薬品を陳列する（鍵をかけた陳列設備に陳列する場合を除く）場所から情報提供場所までの距離を記載してください。
- ⑧ 冷暗所がある場合は、その場所を記載してください。
 - ※ 冷暗貯蔵を必要とする医薬品を取り扱わない場合は冷暗所の設置不要。
- ⑨ 鍵のかかる貯蔵設備（容易に移動できないように固定された鍵のかかる設備）がある場合は、その場所を記載してください。
 - ※ 毒薬を取り扱わない場合は鍵のかかる貯蔵設備の設置不要。

- ⑩ 医療機器の販売を併せて行う場合は、店舗内に医療機器の陳列場所を明記してください。
- ⑪ 医薬品の貯蔵設備を設ける区域は、他の区域から明確に区別してください。

<店舗平面図の記載例>



<店舗配置図の記載例> ※壁面によりその他の売場と区画できない場合に必要



2 許可更新申請

医薬品販売業の許可を受けた者が、引き続き同一の医薬品販売業の許可を受ける場合は、有効期間の満了する 10 日前までに、許可更新申請が必要です。

なお、この 10 日とは本市の許可更新の標準処理期間であり、本市の休日（土日祝日等）、及び書類に不備がある等の理由で審査ができない期間を含みません。

<手数料>

11,000 円（現金）

<必要な書類等>

- ① 医薬品販売業許可更新申請書（規則様式第七十八）（p 47）
- ② 許可証（原本）
- ③ 許可証を紛失した場合は、紛失理由書【様式例 6】（p 61）
- ④ 申請者（法人の場合は薬事に関する業務に責任を有する役員）が精神の機能の障がいにより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おそれがある者である場合は、当該申請者の精神の機能の障がいに関する診断書【様式例 4】（p 59）
※発行日より 3 ヶ月以内のもの

<留意事項>

- ・ 休止中であっても更新申請を行ってください。
- ・ 許可証の記載事項に変更があり、変更届出（p 25～p 32）をしていない場合は、変更届書を同時に提出してください。なお、許可更新申請と同時に許可証記載事項を変更する場合は、変更届書の提出のみ必要で、許可証書換え交付申請書の提出は不要です。

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日		薬第〇〇〇〇号 〇〇年〇〇月〇〇日		①
店舗の名称		〇〇薬店		②
店舗の所在地		高槻市〇〇町〇〇丁目〇番〇号〇〇ビル1階		②
変更内容	事項	変更前	変更後	③
(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		〇〇 〇〇、△△ △△、□□ □□		④
に申請者を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務の欠格条項を含む)の氏名	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	なし(又は全員なし)		⑤
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	なし(又は全員なし)		⑤
	(3) 禁錮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	なし(又は全員なし)		⑤
	(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	なし(又は全員なし)		⑤
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし(又は全員なし)		⑤
	(6) 精神の機能の障害により医薬品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	なし(又は全員なし)		⑤
	(7) 医薬品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	なし(又は全員なし)		⑤
備考	TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			⑥

上記により、店舗販売業の許可の更新を申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号 ⑦

氏名 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 株式会社 〇〇〇〇
代表取締役 〇〇 〇〇

(宛先) 高槻市長

<記載上の留意点（医薬品販売業許可更新申請書）>

- ① 許可番号及び年月日
 - ・許可番号は、許可証に記載されている番号を記載してください。
 - ・許可年月日は、許可証に記載されている有効期間の開始年月日を記載してください。許可証の発行年月日を許可年月日と間違えないよう留意してください。
- ② 店舗の名称・所在地
 - ・店舗の名称・所在地を記載してください。
- ③ 変更内容
 - ・変更届出が必要とされていない事項（店舗所在地、店舗販売業者住所の住居表示）に変更がある場合は、その事項を当該欄に記載してください。ただし、任意で変更届書を提出している場合は記載する必要はありません。
 - ・変更届出が必要な事項（規則第 159 条の 19 第 1 項及び第 159 条の 20 第 1 項に掲げる事項）で、変更届書の提出を行っていない場合は、その事項を当該欄に記載してください。この場合、同時に変更届書を提出してください。
- ④ 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名
 - ・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を記載してください。
- ⑤ 申請者の欠格条項欄
 - ・当該事実がない場合は、(1) 欄から(7) 欄に「なし」と記載してください。また、法人の場合であって薬事に関する業務に責任を有する役員が複数名いる場合は、「全員なし」と記載してください。当該事実がある場合は、(1) 欄及び(2) 欄にその理由及び年月日を、(3) 欄にその罪、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った場合はその年月日を、(4) 欄にその違反の事実及び年月日を記載してください。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がいに関する医師の診断書を添付してください。
- ⑥ 備考
 - ・年途中の許可の開始日を年始に繰り上げようとする場合には、備考欄に「〇年1月1日繰り上げ更新希望」と朱書きしてください。
- ⑦ 申請者の住所、氏名
 - ・住所について、個人の場合は現住所を、法人の場合は登記されている本店又は主たる事務所の所在地を記載してください。
 - ・氏名について、法人の場合は登記された商号及び代表者の氏名を記載してください。

3 許可証書換え交付申請

許可証の記載事項（店舗販売業者の氏名、店舗の名称、店舗所在地の住居表示）に変更があった場合には、許可証書換え交付申請を行うことができます。

<手数料>

2,000 円（現金）

<必要な書類等>

- ① 許可証書換え交付申請書（規則様式第三）（p 48）
- ② 許可証（原本）
- ③ 変更届書及びその添付書類（届出を行っていない変更がある場合）

<留意事項>

- ・ 変更届出（p 25～32）と書換え交付申請を同時に行う場合は、変更届書及びその添付書類を併せて提出してください。（店舗の名称を変更する場合はあらかじめ変更の届出が必要です。）
- ・ 許可更新申請と同時に許可証の記載事項を変更する場合は、変更届書を提出すれば許可証書換え交付申請書の提出は不要です。

同一の店舗で、他に高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可を取得している場合

どちらかの申請書の備考欄に他方の許可番号を記載することにより、両方の書換えが可能です。その場合の手数料は、書換えを希望する営業所の許可証書換え交付申請手数料との合計となります。

住居表示変更又はビル等の名称変更により住所に変更が生じた場合

店舗販売業者住所、店舗所在地及び店舗管理者の住居表示の変更については、法律に規定する届出事項ではありませんが、これらは規則第 142 条で準用する第 7 条（第 8 号及び第 9 号を除く）の台帳記載事項ですので、変更届の提出をお願いします。

なお、住居表示に関する法律に基づき、地名番地等に表示変更が生じた場合は市町村が発行する住居表示変更証明書の原本の添付又は窓口での提示をお願いします。この場合、書換え交付申請の手数料は不要です。

様式第三 <記載例>

許可証書換え交付申請書

業 務 等 の 種 別	店舗販売業			①
許 可 番 号 及 び 年 月 日	薬 第〇〇〇〇号 〇〇年〇〇月〇〇日			②
店 舗 の 名 称	〇 〇 薬 店			③
店 舗 の 所 在 地	高槻市〇〇町〇〇丁目〇番〇号〇〇ビル1階			③
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後	④
変 更 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日			⑤
備 考	TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇			⑥

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 法人にあつては、主
たる事務所の所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号

氏名 法人にあつては、名
称及び代表者の氏名 株式会社 〇〇〇〇
代表取締役 〇〇 〇〇

⑦

(宛先) 高槻市長

<記載上の留意点（許可証書換え交付申請書）>

- ① 業務等の種別
 - ・店舗販売業と記載してください。
- ② 許可番号及び年月日
 - ・許可年月日は、許可証に記載されている有効期間の開始年月日を記載してください。許可証の発行年月日を許可年月日と間違えないよう留意してください。
- ③ 店舗の名称・所在地
 - ・店舗の名称・所在地を記載してください。
 - ・店舗の名称を変更しようとする場合には、あらかじめ変更の届出が必要です。
- ④ 変更内容の事項
 - ・変更があった「氏名（法人にあってはその名称）」、「店舗の名称」、「店舗所在地の住居表示」の別を記載し、変更前後を具体的に記載してください。
- ⑤ 変更年月日
 - ・変更が生じた年月日を記載してください。
 - ※ 法人にあっては、登記年月日ではないので注意してください。
- ⑥ 備考
 - ・申請者の誤記等による訂正のために書換え交付申請を行う場合は、当該申請を行う理由として、許可申請時に誤りがあった旨を備考欄に記載してください。
- ⑦ 申請者の住所、氏名
 - ・変更があった場合は、変更後の住所及び氏名を記載してください。
 - ・法人の場合は登記されている本店又は主たる事務所の所在地、商号及び代表者の氏名を記載してください。

4 許可証再交付申請

許可証を破り、汚し、又は失ったときには、許可証再交付申請を行うことができません。

なお、許可証は掲示が義務付けられています（規則第 142 条で準用する第 3 条）ので、紛失した場合は速やかに申請を行ってください。

また、紛失により許可証の再交付を受けた後、紛失した許可証を発見した場合は、発見した許可証を速やかに返却してください。

<手数料>

2,900 円（現金）

<必要な書類等>

- ① 許可証再交付申請書（規則様式第四）（p 49）
- ② 破り又は汚した許可証
- ③ 許可証を紛失した場合は、紛失理由書【様式例 6】（p 61）

様式第四 <記載例>

許可証再交付申請書

業務等の種別	店舗販売業	①
許可番号及び年月日	薬第〇〇〇〇号 〇〇年〇〇月〇〇日	②
店舗の名称	〇〇薬店	③
店舗の所在地	高槻市〇〇町〇〇丁目〇番〇号〇〇ビル1階	④
再交付申請の理由	〇〇のため	④
備考	TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	⑤

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 法人にあっては、主たる事務所の所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号

氏名 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 株式会社 〇〇〇〇
代表取締役 〇〇 〇〇

⑥

(宛先) 高槻市長

<記載上の留意点（許可証再交付申請書）>

- ① 業務等の種別
 - ・店舗販売業と記載してください。
- ② 許可番号及び年月日
 - ・許可番号は許可証に記載されている番号を記載してください。
 - ・許可年月日は、許可証に記載されている有効期間の開始年月日を記載してください。許可証の発行年月日を許可年月日と間違えないよう留意してください。
- ③ 店舗の名称・所在地
 - ・店舗の名称・所在地を記載してください。
- ④ 再交付申請の理由
 - ・破り、汚し、又は失った等の理由を記載してください。
- ⑤ 備考
 - ・店舗の電話番号及びFAX番号を記載してください。
- ⑥ 申請者の住所、氏名
 - ・許可証に記載されている住所及び氏名を記載してください。
 - ・法人の場合は登記されている本店又は主たる事務所の所在地、商号及び代表者の氏名を記載してください。

5 変更届出

- ・ 下記 1（事後届出）の事項を変更したときは、**変更後 30 日以内**に届け出てください。
- ・ 下記 2（事前届出）の事項を変更しようとするときは、**あらかじめ**届け出てください。

<p>1 変更後に届け出なければならない事項 （事後届出）</p> <p>法第 38 条第 1 項で準用する 10 条第 1 項、 規則第 159 条の 19 第 1 項</p>	<p>2 あらかじめ届け出なければならない事項 （事前届出）</p> <p>法第 38 条第 1 項で準用する 10 条第 2 項 規則第 159 条の 20 第 1 項</p>
<p>(1) 店舗販売業者の氏名 （法人にあつては名称）</p> <p>(2) 店舗販売業者の住所 （法人にあつては本店又は主たる事務所 の所在地）</p> <p>(3) 薬事に関する業務に責任を有する役員 （法人の場合のみ）</p> <p>(4) 店舗管理者</p> <p>(5) その他の薬剤師又は登録販売者</p> <p>(6) 店舗管理者、その他の薬剤師又は登録 販売者の氏名</p> <p>(7) 店舗管理者、その他の薬剤師又は登録 販売者の一週間当たりの通常の 勤務時間数</p> <p>(8) 店舗管理者の住所</p> <p>(9) 構造設備の主要部分*¹</p> <p>(10) 通常の営業日及び営業時間*²</p> <p>(11) 兼営事業の種類</p> <p>(12) 販売・授与する医薬品の区分（特定 販売を行う医薬品の区分のみを変 更した場合を除く）</p>	<p>(13) 店舗の名称</p> <p>(14) 相談時及び緊急時の電話番号その他 連絡先</p> <p>(15-1) 特定販売を新たに始めるとき*³</p> <p>【特定販売を既に行っている場合】</p> <p>(15-2) 特定販売をやめるとき</p> <p>(16) 特定販売を行う際に使用する通信手 段（「注文の受領と情報提供等を行 う手段」及び「広告方法」）</p> <p>(17) 特定販売を行う医薬品の区分</p> <p>(18) 特定販売を行う時間及び営業時間の うち特定販売のみを行う時間があ る場合はその時間</p> <p>(19) 特定販売を行うことについての広告 に、その店舗の名称と異なる名称を 表示するときは、その名称</p> <p>(20) 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 ときは、主たるホームページアドレ ス</p> <p>(21) 市長又は厚生労働大臣が特定販売の 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（当該店 舗の営業時間のうち特定販売のみ を行う時間がある場合に限る。）</p>

*1 許可店舗内にある構造設備の主要部分に変更があった場合に届出が必要です。

- ・店舗の面積等を変更した場合
- ・情報提供場所（数や配置場所）を変更した場合 等

※ **階を移る場合は新たに許可が必要。**

*2 営業日及び営業時間とは、店舗の営業時間、一般用医薬品を販売する営業時間及び要指導医薬品・第一類医薬品を販売する営業時間の全てを指し、これらの一部又は全部に変更があった場合に届出が必要です。

*3 詳細は、「7 特定販売に係る届出」（p 37）を参照してください。

同一の店舗で、他に高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可を取得している場合

どちらかの変更届書の備考欄に他方の許可番号を記載することにより、両方の変更が可能です。

住居表示変更又はビル等の名称変更により住所に変更が生じた場合

店舗販売業者住所、店舗所在地及び店舗管理者の住居表示の変更については、法律に規定する届出事項ではありませんが、これらは規則第 142 条で準用する第 7 条（第 8 号及び第 9 号を除く）の台帳記載事項ですので、変更届の提出をお願いします。

なお、住居表示に関する法律に基づき、地名番地等に表示変更が生じた場合は市町村が発行する住居表示変更証明書の原本の添付又は窓口での提示をお願いします。

<必要な書類等>

① 変更届書（規則様式第六）（p 50）

② 添付書類（下表のとおり）（●は必須、○は場合によっては必要）

1 変更後に届け出なければならない事項

変 更 事 項		添 付 書 類
(1) 店舗販売業者の氏名 (法人にあつては名称) ※個人の場合は婚姻等、法人の場合は社名変更等による。	個人	●戸籍抄（謄）本又は戸籍記載事項証明書 ※発行日より 6 ヶ月以内のもの。
	法人	●登記事項証明書 ※発行日より 6 ヶ月以内のもの。 ※変更前後の内容を確認できるもの。
(2) 店舗販売業者の住所 (法人にあつては本店又は主たる事務所の所在地)	個人	添付書類は不要
	法人	●登記事項証明書 ※発行日より 6 ヶ月以内のもの。 ※変更前後の内容を確認できるもの。
(3) 薬事に関する業務に責任を有する役員		●登記事項証明書 ※発行日より 6 ヶ月以内のもの。 ※変更前後の内容を確認できるもの。 ○新たに役員となった者が精神の機能の障がいにより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おそれがある者である場合は、当該役員に係る精神の機能の障がいに関する診断書【様式例 4】 ※発行日より 3 ヶ月以内のもの。

変 更 事 項	添 付 書 類
(4) 店舗管理者	<ul style="list-style-type: none"> ●業務体制表 ●雇用契約書の写し又は使用関係証書【様式例 1】 ●管理者の資格を証する書類（管理者が登録販売者である場合） 業務（実務）従事証明書【様式例 8】【様式例 9】【様式例 10】若しくは業務（実務）従事確認書【様式例 11】【様式例 12】【様式例 13】管理者要件により、継続的研修及び追加的研修の修了証（詳細は P8 参照） ※窓口で原本を提示し、写しを一部提出してください。 ○誓約書【様式例 7】 ※法人の役員が店舗管理者を兼務する場合は、誓約書を提出してください。 ●薬剤師免許証又は販売従事登録証〔原本を窓口で提示〕 ○店舗管理者が薬剤師法第 8 条の 2 第 1 項の規定による再教育研修命令を受けた者である時は、再教育研修修了登録証の原本を窓口で提示してください。
(5) その他の薬剤師又は登録販売者	<ul style="list-style-type: none"> ●業務体制表【様式例 2】 ●雇用契約書の写し又は使用関係証書【様式例 1】 ●薬剤師免許証又は販売従事登録証〔原本を窓口で提示〕
(6) 店舗管理者、その他の薬剤師又は登録販売者の氏名	<ul style="list-style-type: none"> ●戸籍抄（謄）本若しくは戸籍記載事項証明書、書換え後の薬剤師免許証等又は薬剤師免許証等の書換え若しくは籍訂正申請中の証明書の提示 ※発行日より 6 ヶ月以内のもの。（薬剤師免許証等を除く）
(7) 店舗管理者、その他の薬剤師又は登録販売者の一週間当たりの通常の勤務時間数	<ul style="list-style-type: none"> ●業務体制表【様式例 2】 なお、特定販売のみに従事する勤務時間数がある場合は別途記載する必要があります。

(8) 店舗管理者の住所	添付書類は不要
(9) 構造設備の主要部分	●変更前後の平面図
(10) 通常の営業日及び営業時間	●業務体制表【様式例2】
(11) 兼営事業の種類	添付書類は不要
(12) 販売・授与する医薬品の区分 (特定販売を行う医薬品の区分のみを変更した場合を除く)	添付書類は不要 ※新たに要指導医薬品・第1類医薬品を取り扱う場合、構造設備（保管陳列設備）、通常の営業時間（販売時間）の変更も必要となります。

2 あらかじめ届け出なければならない事項

変 更 事 項		添 付 書 類
(13) 店舗の名称		添付書類は不要
(14) 相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先		添付書類は不要
(15) 特定販売の実施の有無	特定販売を新たに始める場合	●特定販売に関する書類【様式例5】 ●業務体制表【様式例2】
	特定販売をやめる場合	添付書類は不要
(16) 特定販売を行う際に使用する通信手段	注文の受領と情報提供等を行う手段	○特定販売に関する書類【様式例5】
	広告方法	○特定販売に関する書類【様式例5】
(17) 特定販売を行う医薬品の区分		○特定販売に関する書類【様式例5】 ※新たに第1類医薬品を取り扱う場合、構造設備（保管陳列設備）、通常の営業時間（販売時間）の変更も必要となります。
(18) 特定販売を行う時間及び営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合はその時間		○特定販売に関する書類【様式例5】 ●業務体制表【様式例2】
(19) 特定販売を行うことについての広告に、その店舗の名称と異なる名称を表示するときは、その名称		○特定販売に関する書類【様式例5】
(20) 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は、主たるホームページアドレス		○特定販売に関する書類【様式例5】 ホームページの閲覧にIDやパスワードが必要な場合は、併せてそのID等を記載してください。
(21) 市長又は厚生労働大臣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（当該店舗の営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合に限る。）		○特定販売に関する書類【様式例5】

様式第六 <記載例>

変更届書

業務等の種別		店舗販売業		①
許可番号及び年月日		薬第〇〇〇〇号 〇〇年〇〇月〇〇日		②
店舗の名称		〇〇薬店		③
店舗の所在地		高槻市〇〇町〇〇丁目〇番〇号〇〇ビル1階		③
変更内容	事項	変更前	変更後	④
	その他の薬剤師 又は登録販売者	氏名：〇〇 〇〇 △△ △△ ×× ××	氏名：〇〇 〇〇 △△ △△ □□ □□ 販売従事登録番号：□□□□ 販売従事登録年月日：□年□月□日 週当たり勤務時間数：□時間	
変更年月日		〇〇年〇〇月〇〇日		⑤
備考		TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		⑥

上記により、変更の届出をします。

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 法人にあつては、主たる事務所の所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号

氏名 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 株式会社 〇〇〇〇
代表取締役 〇〇 〇〇

⑦

(宛先) 高槻市長

<記載上の留意事項（変更届書）>

- ① 業務等の種別
 - ・店舗販売業と記載してください。
- ② 許可番号及び年月日
 - ・許可番号は、許可証に記載されている番号を記載してください。
 - ・許可年月日は、許可証に記載されている有効期間の開始年月日を記載してください。
許可証の発行年月日と間違えないように留意してください。
- ③ 店舗の名称・所在地
 - ・店舗の名称・所在地を記載してください。
- ④ 変更内容
 - ・変更事項は p26～29 の表中、左欄の該当事項を記載してください。

薬剤師、役員、構造設備の変更の記載例

変更事項	変更前	変更後
店舗管理者	氏名：□□ □□	氏名：△△ △△ 住所：〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 週当たり勤務時間数：□□時間 薬剤師名簿登録番号 第〇〇〇〇〇号 薬剤師名簿登録年月日 〇年〇月〇日
その他の 薬剤師又は 登録販売者	氏名：□□ □□ △△ △△（退職）	氏名：□□ □□ 氏名：×× ××（追加） 週当たり勤務時間数：▽▽時間 販売従事登録番号 〇〇〇〇〇 販売従事登録年月日 〇年〇月〇日
店舗管理者、その他の 薬剤師・登録販売者 の週当たり勤務 時間数	氏 名 : ×× ×× (■時間/週) △△ △△ (■時間/週)	氏名：×× ×× (●時間/週) △△ △△ (▲時間/週)
薬事に関する業務 に責任を有する 役員	氏名：□□ □□（退任） ×× ×× △△ △△（退任）	氏名：〇〇 〇〇（就任） ×× ×× ◇◇ ◇◇（就任）
構造設備	〇年〇月〇日の申請（又は 届出）のとおり又は別紙の とおり	別紙のとおり
営業日及び 営業時間	水曜日：9時～18時	水曜日：9時～13時

⑤ 変更年月日

- ・変更が生じた年月日を正確に記載してください。

※ 法人にあっては、登記年月日ではないので注意してください。

⑥ 備考

- ・法人で薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合は、備考欄に、変更後の役員が法第5条第3号イからトまでのいずれかに掲げる者に該当するときはそのいずれに該当するかを記載し、しないときは「医薬品医療機器等法第5条第3号イからトに該当しない」と記載してください。また、役員が複数名変更した場合は、「医薬品医療機器等法第5条第3号イからトに全員該当しない」と記載してください。
- ・特定管理医療機器販売業又は貸与業を行う場合であって、店舗管理者が特定管理医療機器営業所管理者と異なる場合は、変更届書の備考欄に特定管理医療機器営業所管理者の氏名及び住所を記載し、資格を証する書類を提出してください。免許証など原本を添付できない場合は、原本を窓口で提示し、写しを一部提出してください。
- ・添付書類を省略する場合は、その旨を記載してください。(p44)

⑦ 店舗販売業者の住所及び氏名

- ・住所については、個人の場合は現住所を、法人の場合は登記されている本店又は主たる事務所の所在地を記載してください。
- ・氏名については、法人の場合は登記されている商号及び代表者の氏名を記載してください。

6 休止・廃止・再開届出

医薬品販売業の業務を廃止し、30 日以上休止し、又は休止していた業務を再開した場合は **30 日以内**に届出が必要です。

また、業務を廃止するため、許可の更新を行わずに有効期間が満了した場合でも廃止届書を提出してください。

(1) 廃止届

店舗販売業の業務を廃止した場合には、廃止後 30 日以内に届け出てください。

<必要な書類等>

- ① 廃止届書（規則様式第八）（p 5 1）
- ② 許可証（原本）
- ③ 許可証を紛失した場合には、紛失理由書【様式例 6】（p 6 1）

<留意事項>

店舗販売業者の死亡（個人）又は解散（法人）により店舗を廃止した場合は、その相続人、相続人に代わって相続財産を管理する者、清算人、破産管財人、若しくは合併後存続し、又は合併により設立された法人の代表者が代理人として届出を行ってください。

(2) 休止届

店舗販売業の業務を 30 日以上休止する場合には、休止後 30 日以内に届け出てください。なお、休止の期間は概ね 3 ヶ月以内とします。

<必要な書類等>

- ・ 休止届書（規則様式第八）（p 5 1）

(3) 再開届

休止していた業務を再開した場合には、再開後 30 日以内に届け出てください。

<必要な書類等>

- ・ 再開届書（規則様式第八）（p 5 1）

<留意事項>

- ・ 兼営事業として管理医療機器の販売業又は貸与業の届出をしている場合は、本届出によりその業務を廃止し、休止し、又は休止した業務を再開した場合における届出を行ったものとみなされます（令第 49 条第 1 項第 2 号）。

様式第八 <記載例>

休 止 ①
 廃 止 届 書
 再 開

業 務 等 の 種 別	店舗販売業	②
許 可 番 号 及 び 年 月 日	薬 第〇〇〇〇号 〇〇年〇〇月〇〇日	③
店 舗 の 名 称	〇 〇 薬 店	④
店 舗 の 所 在 地	高槻市 〇〇町〇〇丁目〇番〇号	④
休 止、廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日	⑤
備 考	理由：経営者変更による廃止。 TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	⑥

休止
 上記により、(廃止)の届出をします。
 再開

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 [法人にあっては、主たる事務所の所在地] 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号

氏名 [法人にあっては、名称及び代表者の氏名] 〇〇 〇〇

⑦

(宛先) 高槻市長

様式第八 <記載例>

(休 止) ①
 廃 止 届 書
 再 開

業 務 等 の 種 別	店舗販売業	②
許 可 番 号 及 び 年 月 日	薬 第〇〇〇〇号 〇〇年〇〇月〇〇日	③
店 舗 の 名 称	〇 〇 薬 店	④
店 舗 の 所 在 地	高槻市 〇〇町〇〇丁目〇番〇号	④
休 止、廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日	〇〇年〇〇月〇〇日から 〇〇年〇〇月〇〇日までの予定	⑤
備 考	理由：店舗管理者が病気療養中のため。 TEL:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX:〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	⑥

(休 止)

上記により、廃止の届出をします。
 再開

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住所 法人にあっては、主たる事務所の所在地 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇丁目〇番〇号

氏名 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 〇〇 〇〇

⑦

(宛先) 高槻市長

<記載上の留意事項（休止、廃止、再開届書）>

- ① 届出等の別
 - ・ 休止、廃止、再開の該当項目を○印で囲んでください。
- ② 業務の種別
 - ・ 店舗販売業と記載してください。
- ③ 許可番号及び年月日
 - ・ 許可番号は、許可証に記載されている番号を記載してください。
 - ・ 許可年月日は、許可証に記載されている有効期間の開始年月日を記載してください。発行年月日と間違えないよう留意してください。
- ④ 店舗の名称・所在地
 - ・ 店舗の名称・所在地を記載してください。
- ⑤ 休止、廃止又は再開の年月日
 - ・ 休止、廃止又は再開の年月日を正確に記載してください。
 - ・ 休止の場合には、「○年○月○日から○年○月○日までの予定」と記載してください。
- ⑥ 備考
 - ・ 休止又は廃止の場合には、理由を簡単に記載してください。
- ⑦ 店舗販売業者の住所及び氏名
 - ・ 法人の場合は、登記されている本店又は主たる事務所の所在地、商号及び代表者の氏名を記載してください。
 - ・ 店舗販売業者が死亡（個人）又は解散（法人）により店舗を廃止した場合には、その相続人若しくは相続人に代わって相続財産を管理する者又は清算人、破産管財人若しくは合併後存続し、若しくは合併により設立された法人の代表者が代理人として廃止届出を行ってください。

7 特定販売に係る届出

特定販売（その店舗におけるその店舗以外の場所にいる者に対する一般用医薬品の販売・授与をいう）を行う場合は事前に手続きが必要です。

（許可申請時）

- ・ 店舗販売業の許可を受けようとする者で、特定販売を行うとき
（変更届書によるあらかじめの届出）
- ・ 既に店舗販売業の許可を取得している者が、新たに特定販売を行うとき
- ・ 特定販売をやめるとき
- ・ 以下の事項を変更するとき
 - （ア） 特定販売を行う際に使用する通信手段
 - （イ） 特定販売を行う医薬品の区分（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）
 - （ウ） 特定販売を行う時間及び営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合はその時間
 - （エ） 特定販売を行うことについての広告に、その店舗の名称と異なる名称を表示するときは、その名称
 - （オ） 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は、主たるホームページアドレス
 - （カ） 市長又は厚生労働大臣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（当該店舗の営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合に限る）

<申請・届出の際の添付書類>

- ・ 新たに店舗販売業の許可を取得し、特定販売を行うときは店舗販売業許可申請書の該当箇所を○で囲んだ上で、特定販売に関する書類（p 60）を添付してください。
- ・ 既に店舗販売業の許可を取得している者が、新たに特定販売を行うときは、変更届書の変更内容欄に特定販売の実施の有無を記載した上で、特定販売に関する書類（p 60）を添付してください。
- ・ 特定販売をやめるときは、変更届書の変更内容欄に特定販売の実施の有無を記載してください。
- ・ 既に特定販売を実施している者が上記（ア）から（カ）までの事項を変更するときは、変更届書の変更内容欄に変更事項を記載してください。なお、必要な添付書類等については、「5 変更届出」の<必要な書類等>（p 26）をご参照ください。

<特定販売の方法及び留意事項>

特定販売における情報の提供等の取扱い等については、店頭での対面による販売の場合と同様ですが、特定販売の方法等については、その特性を踏まえて以下の点にご留意ください。(規則第 147 条の 7)

- ・当該店舗に貯蔵・陳列している一般用医薬品を販売・授与してください。
- ・特定販売を行うことについて広告をするときは、インターネットを利用する場合はホームページに、その他の広告方法を用いる場合は当該広告に、必要な情報を見やすく表示してください。(＜掲示(表示)事項＞(p 39)参照)
- ・特定販売を行うことについて広告をするときは、第 1 類医薬品、指定第 2 類医薬品、第 2 類医薬品、第 3 類医薬品の区分ごとに表示してください。
- ・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は、市長及び厚生労働大臣が容易に閲覧することができるホームページで行ってください。
- ・店舗の名称については、当該許可証に記載している店舗の正式な名称を表示してください。略称や、インターネットモール事業者の名称をそれに併記することは差し支えありませんが、店舗の正式な名称の文字の大きさは、略称等よりも大きいか又は同じである必要があります。

<その他の留意事項>

- ・特定販売を行う店舗にあつては、その開店時間の 1 週間の総和が 30 時間以上であり、そのうち、深夜(午後 10 時から午前 5 時まで)以外の開店時間の 1 週間の総和が 15 時間以上としてください。
- ・特定販売の配送手段は問いませんが、医薬品の搬送についても店舗管理者の管理業務に含まれるものであり、医薬品の品質が適切に管理できる方法で搬送してください。
- ・特定販売を行う店舗にあつては、特定販売に関する研修を実施してください。
- ・インターネットを利用して広告をする場合は、そのホームページから、厚生労働省のホームページのうち、主たるホームページアドレスの一覧を掲示しているページへのリンクを張ることが望ましいです。
- ・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するときは、ホームページの内容、構成等は、当該広告を行う店舗管理者の管理業務です。
- ・電話での販売のみを行い、特定販売を行うことについて広告をしない場合は、規則別表第 1 の 2 又は別表第 1 の 3 3~5 の事項(＜掲示(表示)事項＞(p 39)参照)については、購入する者等からの求めに応じて、電話により口頭で伝達してください。

< 掲示（表示）事項 >

実店舗での掲示事項：規則別表第 1 の 2

特定販売を行う場合の掲示（表示）事項：規則別表第 1 の 2 及び規則別表第 1 の 3

規則別表第 1 の 2

第一 薬局又は店舗の管理及び運営に関する事項

- 1 許可の区分の別
- 2 薬局開設者又は店舗販売業者の氏名又は名称その他薬局開設の許可証又は店舗販売業の許可証の記載事項
- 3 薬局の管理者又は店舗管理者の氏名
- 4 当該薬局又は店舗に勤務する薬剤師又は研修中の登録販売者以外の登録販売者若しくは研修中の登録販売者の別、その氏名及び担当業務*¹
- 5 取り扱う要指導医薬品及び一般用医薬品の区分
- 6 当該薬局又は店舗に勤務する者の名札等による区別に関する説明*²
- 7 営業時間、営業時間外で相談できる時間及び営業時間外で医薬品の購入又は譲受けの申込みを受理する時間
- 8 相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先*³

第二 要指導医薬品及び一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項

- 1 要指導医薬品、第 1 類医薬品、第 2 類医薬品及び第 3 類医薬品の定義並びにこれらに関する解説
- 2 要指導医薬品、第 1 類医薬品、第 2 類医薬品及び第 3 類医薬品の表示に関する解説
- 3 要指導医薬品、第 1 類医薬品、第 2 類医薬品及び第 3 類医薬品の情報の提供及び指導に関する解説
- 4 要指導医薬品の陳列に関する解説
- 5 指定第 2 類医薬品の陳列（特定販売を行うことについて広告をする場合にあっては、当該広告における表示。7において同じ。）等に関する解説
- 6 指定第 2 類医薬品を購入し、又は譲り受けようとする場合は、当該指定第 2 類医薬品の禁忌を確認すること及び当該指定第 2 類医薬品の使用について薬剤師又は登録販売者に相談することを勧める旨*⁴
- 7 一般用医薬品の陳列に関する解説
- 8 医薬品による健康被害の救済に関する制度に関する解説
- 9 個人情報 の 適正な取扱いを確保するための措置
- 10 その他必要な事項

規則別表第 1 の 3

- 1 薬局又は店舗の主要な外観の写真*⁵
- 2 一般用医薬品の陳列の状況を示す写真*⁶
- 3 現在勤務している薬剤師又は研修中の登録販売者以外の登録販売者若しくは研修中の登録販売者の別及びその氏名*⁷
- 4 開店時間と特定販売を行う時間が異なる場合にあっては、その開店時間及び特定販売を行う時間
- 5 特定販売を行う一般用医薬品の使用期限*⁸

- * 1 研修中の登録販売者以外の登録販売者と研修中の登録販売者を区別して表示してください。
担当業務についてはどのような業務に従事しているのかが分かるように記載してください。例えば、保管・陳列・販売・情報提供・相談・発送等をそれぞれ誰がいつ担当しているかが分かるように記載してください。また、対面販売と特定販売とで担当が異なる場合には、その旨も記載することが望ましいです。
- * 2 研修中以外の登録販売者と研修中の登録販売者の名札による区別についても表示してください。
- * 3 その店舗において一般用医薬品を購入し、若しくは譲り受けようとする者等が当該一般用医薬品の製造販売業者の相談窓口等へ誤って連絡することがないように、当該店舗の連絡先を分かりやすく表示してください。
- * 4 指定第2類医薬品の添付文書中の「使用上の注意」のうち、「してはいけないこと」に関する情報について、インターネットを用いる場合においてはポップアップ表示等により、当該医薬品を購入し、又は譲り受けようとする者に対して注意を促す措置を講じてください。
- * 5 建造物（ショッピングモール、テナントビル等）内の店舗については、建造物内で、不特定多数の一般人が容易に通行できる通路からその店舗であることが分かるように撮影した写真を表示してください。その際、建造物を公道から撮影した写真も併せて表示することが望ましいです。
- * 6 その店舗でどのように医薬品を陳列しているか分かるように、代表的な一般用医薬品の陳列棚（例えば一番大きな陳列棚、レジの後ろの陳列棚等）の写真を表示してください。
- * 7 ホームページの閲覧時点での勤務状況をそのまま表示させる方法のほか、当該店舗に勤務している薬剤師及び登録販売者の一週間の勤務シフト表等を表示する方法によることでも差し支えありません。
- * 8 医薬品の使用期限の表示については、一番短い期限を表示することや、使用期限終了まで〇日以上と表示することでも構いません。

<その他の陳列（表示）に関する留意点>

- ・リスク区別に表示する方法を確保してください。
 - ・インターネットサイト内の検索結果を表示する場合は、各医薬品のリスク区分についてわかりやすく表示してください。
- ※基本画面は医薬品のリスク区分ごとに表示する必要がありますが、検索結果については、リスク区分を見やすく表示するとともに、それぞれのリスクの内容を表示することで構いません。

【特定販売に関する書類】

(法第4条第3項第4号ロ関係)

特定販売を行う際に使用する通信手段	①注文の受領と情報提供等を行う手段	電話、電子メール、テレビ電話、郵便、FAX その他 ()
	② 広告方法	インターネット、カタログ、折込チラシ、テレビ、新聞、雑誌 その他 ()
③特定販売を行う医薬品の区分		第一類医薬品、指定第二類医薬品、第二類医薬品、第三類医薬品、薬局製造販売医薬品(薬局のみ)
④ 特定販売を行う時間		月～金9時～19時、土9時～14時
⑤営業時間のうち特定販売のみを行う時間が有る場合はその時間 ※該当する場合は⑨を記入してください。		月～金18時～19時
⑥特定販売を行うことについての広告に、申請書に記載する店舗の名称と異なる名称を表示するときは、その名称		〇〇ネット薬店
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するとき	⑦主たるホームページアドレス	http://www.〇〇〇〇.〇〇〇〇〇〇.co.jp http://www.〇〇〇〇.〇〇〇〇〇〇.〇〇.jp http://www.〇〇〇〇.〇〇〇〇.〇〇.com ID: 〇〇〇〇 パスワード: 〇〇〇〇〇〇〇〇 ※ホームページを閲覧するために、パスワード等が必要な場合は記入してください。
	⑧主たるホームページの構成の概要	別紙のとおり。
⑨市長又は厚生労働大臣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 ※⑤に該当する場合のみ記入してください。		<input checked="" type="checkbox"/> デジタルカメラ <input checked="" type="checkbox"/> 電話(電話番号:000-0000-0000) <input checked="" type="checkbox"/> 電子メール(アドレス:〇〇〇〇〇〇@〇〇〇.〇〇.jp) <input checked="" type="checkbox"/> デジタルカメラで撮影した画像を、電子メールに添付して送信するために必要な設備
⑩ 備考		<input checked="" type="checkbox"/> 注文を受領する機器は許可エリア内にある <input checked="" type="checkbox"/> 情報提供等を行う機器は許可エリア内にある

<記載上の留意事項（特定販売に関する書類）>

- ①「注文の受領と情報提供等を行う手段」、②「広告方法」及び③「特定販売を行う医薬品の区分」
 - ・該当する箇所を○で囲み、その他があれば記載してください。
- ④「特定販売を行う時間」及び⑤「営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合はその時間」
 - ・「月～金9時～18時、土9時～14時」のように記載してください。
- ⑦「主たるホームページアドレス」
 - ・主たるホームページアドレスとは、その店舗が販売・授与しようとする一般用医薬品を広告しているホームページのうち、当該一般用医薬品を購入し、又は譲り受けようとする者等が通常、最初に関連するホームページ（いわゆる「トップページ」や「メインページ」）のアドレスです。
 - ・チェーン展開されているスーパー・ドラッグストア等の販売サイトについては、全国共通のサイトではなく、各店舗の実際に医薬品を販売しているサイトのホームページアドレスが必要です。
 - ・一つの店舗が複数のホームページを開設している場合には、それら全ての主たるホームページアドレスの提出が必要です。ただし、それら全てのホームページへのリンクをまとめたホームページを開設している場合は、そのホームページアドレスを提出することで差し支えありません。
 - ・ホームページの閲覧にIDやパスワードが必要な場合は、併せてそのID等を記載してください。
 - ・届け出られたホームページアドレスは店舗の名称・略称等（店舗の名称と異なる名称を使用して広告を行う場合）・所在地・許可番号と共に本市から厚生労働省に報告し、厚生労働省のホームページに一覧として掲載されます。
 - ・ホームページを開設せず、アプリケーションソフト等を利用して特定販売を行う場合には、当該ソフトの入手方法等に関する資料を代わりに提出する必要があります。
- ⑧「主たるホームページの構成の概要」
 - ・「別紙のとおり」と記載し、次の事項が分かるような資料を添付してください。
 - 店舗名称（トップページ）
 - 表示すべき事項の表示の状況（＜揭示（表示）事項＞（p39）参照）
 - 医薬品の区分ごとの表示状況 等
 - ・一つの店舗が複数のホームページを開設している場合には、それらの全てについて関連する書類の添付が必要です。
 - ・カタログ等を用いて特定販売を行う場合においても、同様にその概要が分かる資料を提出してください。

⑨「市長又は厚生労働大臣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」

- ・該当する箇所にを付けてください。営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合には、全ての設備を備える必要があります。開店時間外に特定販売を行っている営業時間に、市長等が特定販売の実施方法を適切に監督する観点から、画像又は映像をパソコン等により求めに応じて直ちに送信するために必要な設備（※）を整備する必要があります。

※デジタルカメラ、電話、電子メール、デジタルカメラで撮影した画像を電子メールに添付して送信するために必要な設備。

- ・当該設備は、店舗の構造設備として備える必要があります。
- ・デジタルカメラは、店舗内の人や様子をはっきりと撮影できる機能を有するものを備えてください。

⑩備考

- ・①の機器が許可エリア内にある事を確認しを付けてください。

第2 添付書類の省略

医薬品医療機器等法の規定による申請又は届出の際に添付すべき書類について、当該申請等以前に同一申請者が同一書類を、医薬品医療機器等法又は毒物及び劇物取締法に係る書類として既に本課に提出している場合には、その旨を申請書等の備考欄に記載することにより、提出又は提示を省略することができます。ただし、先に提出した内容と変更のない場合に限ります。

<添付書類を省略できない場合>

- ・ 期限切れにより、新たに許可申請する場合
- ・ 許可店舗を廃止してから30日を過ぎて申請する場合
- ・ 薬事に関する業務を本市で継続して実施していない場合

<省略できる添付書類例>

- ・ 登記事項証明書
- ・ 薬剤師免許証および販売従事登録証の原本提示
- ・ 雇用契約書写し又は使用関係証書

<備考欄の記載方法>

添付する書類を省略する場合は、当該書類を提出した店舗の名称、許可（登録）番号、許可（登録）年月日及び申請等の年月日、並びに添付を省略する書類の種類（登記事項証明書、雇用契約書の写し、使用関係を証する書類）を記載してください。

<記載例>

(例) 登記事項証明書は、〇〇薬店（薬 第〇〇〇〇号、〇〇年〇〇月〇〇日許可）の〇〇年〇〇月〇〇日付届出に添付。

第3 申請書等の様式

店舗販売業許可申請書	p 4 6
医薬品販売業許可更新申請書	p 4 7
許可証書換え交付申請書	p 4 8
許可証再交付申請書	p 4 9
変更届書	p 5 0
休止届書、廃止届書、再開届書	p 5 1

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び年月日		薬 第 号 年 月 日	
店 舗 の 名 称			
店 舗 の 所 在 地			
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
(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			
格 条 項 申 請 者 （ 法 人 に あ つ て は 、 業 務 に 責 任 を 有 す る 役 員 を 含 む 。） の 欠	(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) 禁錮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医薬品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) 医薬品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		TEL: FAX:	

上記により、店舗販売業の許可の更新を申請します。

令和 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

(宛先) 高槻市長

許可証書換え交付申請書

業 務 等 の 種 別			
許 可 番 号 及 び 年 月 日		薬 第	号 年 月 日
店 舗 の 名 称			
店 舗 の 所 在 地			
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考			
		TEL:	FAX:

上記により、許可証の書換え交付を申請します。

令和 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

(宛先) 高槻市長

許可証再交付申請書

業 務 等 の 種 別	
許 可 番 号 及 び 年 月 日	業 第 号 年 月 日
店 舗 の 名 称	
店 舗 の 所 在 地	
再 交 付 申 請 の 理 由	
備 考	TEL: FAX:

上記により、許可証の再交付を申請します。

令和 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]

(宛先) 高槻市長

変 更 届 書

業 務 等 の 種 別			
許 可 番 号 及 び 年 月 日		薬 第	号 年 月 日
店 舗 の 名 称			
店 舗 の 所 在 地			
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考		TEL: FAX:	

上記により、変更の届出をします。

令和 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

(宛先) 高槻市長

休 止 届 書
 廃 止 届 書
 再 開 届 書

業 務 等 の 種 別	
許 可 番 号 及 び 年 月 日	薬 第 号 年 月 日
店 舗 の 名 称	
店 舗 の 所 在 地	
休 止、廃 止 又 は 再 開 の 年 月 日	年 月 日
備 考	理由： TEL: FAX:

休止

上記により、廃止の届出をします。

再開

令和 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]

(宛先) 高槻市長

第4 添付書類の様式例

【様式例1】 使用関係証書	p 5 3
【様式例2】 業務体制表	p 5 4
【様式例3】 店舗管理者、その他の薬剤師・登録販売者の「氏名」「住所」等を記載した一覧表	p 5 8
【様式例4】 診断書	p 5 9
【様式例5】 特定販売に関する書類	p 6 0
【様式例6】 紛失理由書	p 6 1
【様式例7】 誓約書	p 6 2
【様式例8】 業務従事証明書	p 6 3
【様式例9】 実務従事証明書	p 6 6
【様式例10】 勤務状況報告書（被業務（実務）経験証明者に係る）	p 6 9
【様式例11】 業務従事確認書	p 7 1
【様式例12】 実務従事確認書	p 7 4
【様式例13】 勤務状況報告書（被業務（実務）経験確認者に係る）	p 7 7

使用関係証書

被使用者 (店舗管理者・その他の薬剤師・その他の登録販売者)

住所

氏名

上記のものは、次のとおり、使用関係にあることを証します。

1. 勤務場所 名称

所在地

2. 勤務時間 時 分から 時 分まで

3. 休日

4. その他 (被使用者が店舗管理者である場合)

被使用者は上記店舗以外の場所で、業として店舗の管理その他薬事に関する実務に従事しない。

令和 年 月 日

使用者 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)

(宛先)

高槻市長

業務体制表													店舗 名称	許可 番号					
営業 時間	A	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	火	<input type="checkbox"/>	水	<input type="checkbox"/>	木	<input type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	土	<input type="checkbox"/>	日	(日/週)	:	~	:
	B	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	火	<input type="checkbox"/>	水	<input type="checkbox"/>	木	<input type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	土	<input type="checkbox"/>	日	(日/週)	:	~	:
	C	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	火	<input type="checkbox"/>	水	<input type="checkbox"/>	木	<input type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	土	<input type="checkbox"/>	日	(日/週)	:	~	:
時間			0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	計				
A	営業時間																		
	開店時間																		
	特定販売時間																		
	医薬品販売時間																		
	要指導医薬品 又は第一類医薬品																		
	薬剤師																		
	登録販売者																		
B	営業時間																		
	開店時間																		
	特定販売時間																		
	医薬品販売時間																		
	要指導医薬品 又は第一類医薬品																		
	薬剤師																		
	登録販売者																		
C	営業時間																		
	開店時間																		
	特定販売時間																		
	医薬品販売時間																		
	要指導医薬品 又は第一類医薬品																		
	薬剤師																		
	登録販売者																		

1週間あたりの合計		
営業時間		時間
開店時間		時間 ①

開店時間中の1週間あたり合計		
医薬品販売時間		時間 ②
要指導医薬品又は 第一類医薬品販売時間		時間 ③

情報提供場所		
合計		箇所 ④
(内)要指導・ 第一類医薬品用		箇所 ⑤

体制省令関係		
$⑥ \div ⑤ \div ③$		≥ 1
$(⑥+⑦) \div ②$		≥ 1
$(⑥+⑦+⑧) \div ④ \div ②$		≥ 1

薬剤師		勤務時間	薬剤師		勤務時間	登録販売者		勤務時間	登録販売者(研修中)		勤務時間
1	管		11			1	管		1		
2			12			2			2		
3			13			3			3		
4			14			4			4		
5			15			5			5		
6			16			6			6		
7			17			7			7		
8			18			8			8		
9			19			9			9		
			薬剤師勤務時間合計 ⑥						登録販売者勤務時間合計 ⑦		
									登録販売者(研修中) 勤務時間合計 ⑧		

(参考)
研修中の登録販売者はその店舗において勤務中の薬剤師又は登録販売者(研修中の登録販売者を除く)の管理・指導の下に業務に従事させること

(薬局のみ記載)		$⑥ \geq ①$ となっていること	<input type="checkbox"/> 適 ・ <input type="checkbox"/> 否
以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること			
総取扱 処方箋枚数 (A)	枚	(眼科・耳鼻科・歯科) $\times 2/3 + \text{その他の診療科}$	前年において業務を行っ た期間及び日数(B)
1日あたり の受取処 方箋枚数 (A/B)	枚	名	月 日 ~ 月 日 (日数)
	必要薬剤師数 40枚毎1名	イ	現在の勤務体制による 算出薬剤師数
			口
			名

※ 薬剤師の員数は実雇用人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。就業規則がない場合は、最低時間32時間で除する。イ≦口であれば員数を満たしていることとなります。

業務体制表		店舗名称	●●薬局	許可番号	〇〇A〇〇〇〇〇												
営業時間	A	<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 (4日/週)	9:00 ~ 20:00	新規の場合は空白													
	B	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 (2日/週)	9:00 ~ 17:00	間あたりの合計													
	C	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 日 (1日/週)	9:00 ~ 13:00	時間	64	時間											
時間		0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22	計	開店時間	64	時間	①										
A	営業時間	[Red grid]										11	この列は、1日あたりの合計時間数を記入すること。	開店時間中の1週間あたり合計			
	開店時間	[Red grid]										11		医薬品販売時間	64	時間	②
	特定販売時間	[Red grid]										11		要指導医薬品又は第一類医薬品販売時間	64	時間	③
	医薬品販売時間	[Red grid]										11					
	要指導医薬品又は第一類医薬品	[Red grid]										11					
	薬剤師	[Red grid]										11					
B	営業時間	[Red grid]										8	要指導・第一類医薬品の情報提供を行う場所を別に設置しない場合、④⑤は同じ数になる。	情報提供場所			
	開店時間	[Red grid]										8		合計	1	箇所	④
	特定販売時間	[Red grid]										8		(内)要指導・第一類医薬品用	1	箇所	⑤
	医薬品販売時間	[Red grid]										8					
	要指導医薬品又は第一類医薬品	[Red grid]										8					
	薬剤師	[Red grid]										8					
C	営業時間	[Green grid]										4	①~⑧の時間数は体制省令に合致すること。 黄色の部分は必ず入力すること。 緑色の部分は、高槻市ホームページからダウンロードした Excel ファイルを用いる時は自動計算されるため入力不要。	体制省令関係			
	開店時間	[Green grid]										4		⑥÷⑤÷③	2.50	≥1	
	特定販売時間	[Green grid]										4		(⑥+⑦)÷②	3.75	≥1	
	医薬品販売時間	[Green grid]										4		(⑥+⑦+⑧)÷④÷②	4.38	≥1	
	要指導医薬品又は第一類医薬品	[Green grid]										4					
	薬剤師	[Green grid]										4					

薬剤師		勤務時間	薬剤師		勤務時間
1	管 ●●●●	40	11		
2	△△ △△	40	12		
3	□□ □□	40	13		
4	○○ ○○	20	14		
5	▽▽ ▽▽	20	15		
6			16		
10			薬剤師勤務時間合計 ⑥	160	

登録販売者		勤務時間
1	管 ☆☆ ☆☆	40
2	★★ ★★	40
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
	登録販売者勤務時間合計 ⑦	80

登録販売者(研修中)		勤務時間
1	▽▽ ▽▽	40
2		
3		
4		
5		
6		
	登録販売者(研修中)勤務時間合計 ⑧	40

(薬局のみ記載)		⑥≥①となっていること		<input checked="" type="checkbox"/> 適 ・ <input type="checkbox"/> 否	
以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること					
総取扱処方箋枚数(A)	20,000	枚	(眼科・耳鼻科・歯科) × 2/3 + その他の診療科	前年において業務を行った期間及び日数(B)	1月 4日 ~ 12月 28日 (日数) 290 日
1日あたりの受取処方箋枚数(A/B)	69.0	枚		現在の勤務体制による算出薬剤師数	□ 4.3 名
	必要薬剤師数 40枚毎1名	イ	2	名	

※ 薬剤師の員数は実雇用人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。就業規則がない場合は、最低時間32時間で除する。イ≤口であれば員数を満たしていることになります。

業務体制表													店舗 名称	許可 番号												
営業 時間	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	火	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	木	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	土	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	(日/週)	:	~	:
	B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	火	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	木	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	土	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	(日/週)	:	~	:
	C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	月	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	火	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	木	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	金	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	土	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日	(日/週)	:	~	:
時間		0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	計												
A	営業時間																									
	開店時間																									
	特定販売時間																									
	医薬品販売時間																									
	要指導医薬品 又は第一類医薬品																									
	薬剤師 登録販売者																									
B	営業時間																									
	開店時間																									
	特定販売時間																									
	医薬品販売時間																									
	要指導医薬品 又は第一類医薬品																									
	薬剤師 登録販売者																									
C	営業時間																									
	開店時間																									
	特定販売時間																									
	医薬品販売時間																									
	要指導医薬品 又は第一類医薬品																									
	薬剤師 登録販売者																									

1週間あたりの合計		
営業時間	時間	
開店時間	時間	①
開店時間中の1週間あたり合計		
医薬品販売時間	時間	②
要指導医薬品又は 第一類医薬品販売時間	時間	③
情報提供場所		
合計	箇所	④
(内)要指導・ 第一類医薬品用	箇所	⑤
体制省令関係		
$(6) \div (5) \div (3)$		≥ 1
$((6)+(7)) \div (2)$		≥ 1
$((6)+(7)+(8)) \div (4) \div (2)$		≥ 1

薬剤師	週勤務時間		薬剤師	週勤務時間		登録販売者	週勤務時間		登録販売者(研修中)	週勤務時間	
	開店	特定のみ		開店	特定のみ		開店	特定のみ		開店	特定のみ
1 管			11								0
2			12								
3			13								
4			14								
5			15								
6			16								
7			17								
8			18								
9			19								
10			勤務時間合計 ⑥			勤務時間合計 ⑦			勤務時間合計 ⑧		

(参考)
研修中の登録販売者はその店舗に
おいて勤務中の薬剤師又は登録販
売者(研修中の登録販売者を除く)
の管理・指導の下に業務に従事さ
せること

(薬局のみ記載)				⑥ \geq ①となっていること		<input type="checkbox"/> 適 ・ <input type="checkbox"/> 否	
以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること							
総取扱処 方箋枚数 (A)	枚			(眼科・耳鼻科・歯科) $\times 2/3$ + その他の診療科		前年において業務を行っ た期間及び日数(B)	月 日 ~ 月 日 (日数)
1日あたり の受取処 方箋枚数 (A/B)	枚		必要薬剤師数 40枚毎1名	イ	名	現在の勤務体制による 算出薬剤師数	口
						名	名

※ 薬剤師の員数は実雇用人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。
就業規則がない場合は、最低時間32時間で除する。イ \leq 口であれば員数を満たしていることになります。

業務体制表		店舗名称	●●薬店	許可番号	薬第〇〇〇〇号										
営業時間	A	<input checked="" type="checkbox"/> 月	<input checked="" type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input checked="" type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日	(4日/週)	9:00 ~ 21:00	新規の場合は 空白	1週間あたりの合計	76	時間	
	B	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input checked="" type="checkbox"/> 金	<input checked="" type="checkbox"/> 土	<input checked="" type="checkbox"/> 日	(2日/週)	9:00 ~ 21:00			54	時間	①
	C	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input checked="" type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日	(1日/週)	13:00 ~ 17:00					
時間		0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	計	
A	営業時間													12	
	開店時間													9	
	特定販売時間													8	
	医薬品販売時間													11	
	要指導医薬品 又は第一類医薬品													10	
	薬剤師													10	
登録販売者													8		
B	営業時間													12	
	開店時間													9	
	特定販売時間													9	
	医薬品販売時間													9	
	要指導医薬品 又は第一類医薬品													9	
	薬剤師													9	
登録販売者													9		
C	営業時間													4	
	開店時間													4	
	特定販売時間													4	
	医薬品販売時間													4	
	要指導医薬品 又は第一類医薬品													4	
	薬剤師													4	
登録販売者													4		

「営業時間中」のそれぞれの時間を塗りつぶすこと

この列は、1日あたりの「営業時間中」のそれぞれの合計時間数を記入すること。

要指導・第一類医薬品の情報提供を行う場所を別に設置しない場合、④⑤は同じ数になる。

①～⑧の時間数は体制省令に合致すること。
 黄色の部分は必ず入力すること。
 緑色の部分は、高槻市ホームページからダウンロードした Excel ファイルを用いる時は自動計算されるため入力不要。

特定販売のみを行う時間がある場合は、「開店時間中」のそれぞれの時間を算出して記入すること。

情報提供場所			
合計	1	箇所	④
(内)要指導・第一類医薬品用	1	箇所	⑤

体制省令関係			
⑥÷⑤÷③	1.92	≥	1
(⑥+⑦)÷②	2.96	≥	1
(⑥+⑦+⑧)÷④÷②	3.36	≥	1

薬剤師	週勤務時間		薬剤師	週勤務時間	
	開店	特定のみ		開店	特定のみ
1 管 ●●●●	36	4	11		
2 △△ △△	40	0	12		
3 □□ □□	10	4	12		
4 ○○ ○○	10	4			
5					
6					
7					
8					
9					
10					
勤務している資格者名を記載			週当たりの勤務時間数のうち特定販売のみに従事する時間		
週当たりの勤務時間数(開店時間中)			週当たりの勤務時間数のうち特定販売のみに従事する時間		
勤務時間合計 ⑥			96	12	

登録販売者	週勤務時間		登録販売者(研修中)	週勤務時間	
	開店	特定のみ		開店	特定のみ
1 ☆☆ ☆☆	32	8			
2 ▼▼ ▼▼	10	10			
3 ★★ ★★	10	4			
4					
5					
6					
7					
8					
9					
勤務時間合計 ⑦			52	22	

登録販売者(研修中)	週勤務時間			
	開店	特定のみ		
1 ▽▽ ▽▽	20	0		
2				
3				
4				
5				
6				
勤務時間合計 ⑧			20	0

(参考) 研修中の登録販売者はその店舗において勤務中の薬剤師又は登録販売者(研修中の登録販売者を除く)の管理・指導の下に業務に従事させること

(薬局のみ記載)

以下、1日あたりの受取処方箋枚数

総取扱処方箋枚数(A)	枚	(眼科 × 2/3 + ...)
1日あたりの受取処方箋枚数(A/B)	必要薬剤師数	イ
	40枚毎1名	

(参考) 営業時間等の考え方
 ※営業時間 = 開店時間 + 特定販売のみを行う時間

0 9 13 20 24

営業時間: 9:00 ~ 21:00

薬局開店時間: 9:00 ~ 20:00

特定販売時間: 13:00 ~ 17:00

特定販売のみを行う時間: 13:00 ~ 17:00

※ 薬剤師の員数は実雇用人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。就業規則がない場合は、最低時間32時間で除する。イ ≤ ロであれば員数を満たしていることになります。

1. 店舗管理者

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 試験合格者・薬種商
薬剤師名簿又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は販売従事登録年月日	年 月 日

2. その他の薬剤師又は登録販売者

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
薬剤師名簿又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又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
薬剤師名簿又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又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
薬剤師名簿又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又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
薬剤師名簿又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又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
薬剤師名簿又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又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
薬剤師名簿又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は販売従事登録年月日	年 月 日

診 断 書

氏 名			
生年月日	年 月 日	年 齢	歳
<p>上記の者について、次のとおり診断します。</p> <p>精神機能の障がい（□にチェックをつけること）</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>（ 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。（注1）） ）</p>			
診断年月日	令和 年 月 日		
<p>医療機関</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p>TEL : (注2)</p> <p>医師の氏名</p>			

（注1） 精神機能の障がいの程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うに当たって、必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書きください。

（注2） 必要に応じて、診断書を作成した医師から、精神機能の障がいの程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載してください。

紛失理由書

令和 年 月 日

(宛先)
高槻市長

店舗の所在地

店舗の名称

住 所

氏 名

理由

このたび、店舗販売業の許可証を、.....のため紛失しました。

今後はこの様なことのないように十分注意して管理します。

なお、紛失した許可証を発見したときは速やかに返却します。

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

法人の所在地

法人の名称

代表者氏名

誓 約 書

代表取締役 (氏名)

弊社は、取 締 役 _____ を弊社の 薬局の管理者
として下記の条件で当該 薬局 店舗販売業の店舗管理者
店舗 を実地に管理させることを誓約します。

記

1. 勤務場所 薬局、店舗の所在地

薬局、店舗の名称

2. 勤務時間 午前 時 分 から 午後 時 分 まで

3. 休 日

4. 上記店舗以外の場所で、業として店舗の管理その他薬事に関する実務に従事しない。

業務従事証明書

令和 年 月 日

(従事者の氏名) 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
住 所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	年 月 日 登録番号：
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称： 許可番号：
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	

1. 業務期間 (年 月間)
年 月 ～ 年 月

(このうち、薬剤師又は自らが管理者である、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、
又は授与する薬局、店舗販売業等において業務に従事した期間 (年 月間)
年 月 ～ 年 月)

2. 業務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
 一般用医薬品に関する相談対応業務
 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間 (該当する□にレを記入)

- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計160時間以上従事した。
 上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計 () 時間従事した。

4. 研修の受講 (受講した外部研修 (追加的な研修含む。) の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。

業務従事証明書<記載例>

第 ○○○○ 号
令和○年 ○月 ○日

△△ △△ 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

○○府○○市○○町○丁目○○番○○号 ○○ビル

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

株式会社 ○○○○ 代表取締役 ○○ ○○

以下のとおりであることを証明します。

氏名	△△ △△ (生年月日： 昭和○○年 ○月 ○日)
住所	○○市○○町○番○号
販売従事登録年月日 及び登録番号	平成 ○○ 年 ○ 月 ○○ 日 登録番号：○○-○○-○○○○○
薬局又は店舗の名称等 及び許可番号	名称： ○○ 薬店 許可番号：薬第○○○○号
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	××市××町××丁目××番××号 (配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。)

1. 業務期間（ 4 年 1 月間）

平成 31 年 1 月 ～ 令和 2 年 1 月

令和 2 年 7 月 ～ 令和 5 年 6 月

このうち、薬剤師又は自らが管理者である、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、
又は授与する薬局、店舗販売業等において業務に従事した期間（ 3 年 0 月間）
令和 2 年 7 月 ～ 令和 5 年 6 月

2. 業務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入）

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間（該当する□にレを記入）

- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計160時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計（ ）時間従事した。

4. 研修の受講（受講した外部研修（追加的な研修含む。）の年月日及び概要を記載）

令和 ○年 ○月 ○日 ○○研修 登録販売者の関係法規に関する研修（6時間）

令和 ○年 ○月 ○日 □□研修 一般用医薬品の知識に関する研修（6時間）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。

<記載上の留意事項（業務従事証明書）>

①証明年月日、管理番号

- ・業務経験を証明する日を記載してください。
- ・発行する証明書には問い合わせに対応できるよう管理番号を付番してください。

②薬局開設者又は医薬品の販売業者住所、氏名

- ・個人の場合は個人名を記載してください。法人の場合は商号及び代表者の氏名を記載してください。

③氏名、住所、販売従事登録年月日及び登録番号

- ・登録販売者の氏名、販売従事登録年月日及び登録番号を販売従事登録証のとおりに記載してください。

④薬局又は店舗の名称、許可番号及び薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域

- ・「名称、許可番号」欄は、許可証に記載されている薬局等の名称、許可番号を記載してください。
- ・「所在地」欄は、許可証に記載されている薬局等の所在地を記載してください。配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。
- ・複数の薬局等における従事経験を一度に証明する場合、各店舗の勤務状況報告書【様式例10】を添付していただくこともできます。この場合、当該欄には「別紙のとおり」と記載してください。

⑤業務期間

- ・過去5年間の業務期間のみ記載してください。
- ・業務期間が連続しない場合は、分けて記載してください。

⑥要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間

- ・第1類医薬品を販売する店舗で、常勤の薬剤師がいない場合など、やむを得ず登録販売者が店舗管理者となる場合に記載してください。

⑦業務内容

- ・該当する箇所にレ、合計勤務時間数を記入してください。
- ・業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務」を「期間内に登録販売者として行った業務」と読み替えてください。

⑧業務時間

- ・必ず該当する箇所にレを記入してください。

⑨研修の受講

- ・証明する期間に受講した外部研修の年月日及び研修の概要を全て記載してください。

※本証明書は、登録販売者が「1. 業務期間」で記載した期間従事していた薬局等の開設者が作成してください。

※この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付してください。勤務簿の写し又はこれに準ずるものは、証明する全ての期間の勤務簿の写し又は勤務状況報告書【様式例10】とします。

実務従事証明書

令和 年 月 日

(従事者の氏名) 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日: 年 月 日)
住所	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称: 許可番号:
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	

1. 実務期間 (年 月間)

年 月 ~ 年 月 (年 月間)

2. 実務内容(期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

3. 実務時間(該当する□にレを記入)

- 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計160時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計()時間従事した。

4. 研修の受講(外部研修(追加的な研修を含む。)の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

実務従事証明書<記載例>

第 ○○○○ 号
令和○○年 ○月 ○日

△△ △△ 殿

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

○○府○○市○○町○丁目○○番○○号 ○○ビル

氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

株式会社 ○○○○ 代表取締役 ○○ ○○

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	△△ △△ (生年月日： 昭和○○年 ○月 ○日)
住 所	○○市○○町○番○号
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称： ○○ 薬店 許可番号：薬第○○○○号
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	××市××町××丁目××番××号 (配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。)

1. 実務期間 (2 年 5 月間)

令和 2 年 10 月 ~ 令和 3 年 10 月 (1 年 1 月間)

令和 4 年 3 月 ~ 令和 5 年 6 月 (1 年 4 月間)

2. 実務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

3. 実務時間 (該当する□にレを記入)

- 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計160時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計 () 時間従事した。

4. 研修の受講 (外部研修 (追加的な研修を含む。) の受講実績がある場合にあつては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

令和 ○年 ○月 ○日 ○○研修 登録販売者の関係法規に関する研修 (6時間)

令和 ○年 ○月 ○日 □□研修 一般用医薬品の知識に関する研修 (6時間)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 配置販売業にあつては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

<記載上の留意事項（実務従事証明書）>

- ①証明年月日、管理番号
 - ・実務経験を証明する日を記載してください。
 - ・発行する証明には問い合わせに対応できるように管理番号を付番してください。
- ②薬局開設者又は医薬品の販売業者住所、氏名
 - ・個人の場合は個人名を記載してください。法人の場合は商号及び代表者の氏名を記載してください。
- ③氏名、住所
 - ・従事者の氏名、住所、生年月日を記載してください。
- ④薬局又は店舗の名称、許可番号及び所在地又は配置販売業の区域
 - ・「名称、許可番号」欄は、許可証に記載されている薬局等の名称、許可番号を記載してください。
 - ・「所在地」欄は、許可証に記載されている薬局等の所在地を記載してください。配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。
 - ・複数の薬局等における従事経験を一度に証明する場合、各店舗の勤務状況報告書【様式例10】を添付していただくこともできます。この場合、当該欄には「別紙のとおり」と記載してください。
- ⑤実務期間
 - ・過去5年間の実務期間のみ記載してください。
 - ・実務期間が連続しない場合は、分けて記載してください。
- ⑥実務内容
 - ・該当する箇所にレを記入してください。
- ⑦実務時間
 - ・必ず該当する箇所にレ、合計勤務時間数を記入してください。
- ⑧研修の受講
 - ・証明する期間に受講した外部研修に準ずる研修の年月日及び研修の概要を全て記載してください。

※本証明書は、登録販売者が「1. 実務期間」で記載した期間従事していた薬局等の開設者が作成してください。

※この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付してください。勤務簿の写し又はこれに準ずるものは、証明する全ての期間の勤務簿の写し又は勤務状況報告書【様式例10】とします。

被業務（実務）経験証明者 △△ △△ に係る勤務状況報告書<記載例>

<p>薬局開設者又は医薬品の販売業者</p> <p>住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地） ○○府○○市○○町○丁目○○番○○号 ○○ビル</p> <p>氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名） 株式会社 ○○○○ 代表取締役 ○○ ○○</p>	<p>上記の者の勤務先</p> <p>薬局、店舗の名称：○○ 薬店 所在地：○○市○○町○○番○○号 業種： <input type="checkbox"/>薬局 <input checked="" type="checkbox"/>店舗 <input type="checkbox"/>配置販売業 許可番号：薬第○○○○号 連絡先電話番号：072-○○○-○○○○</p>
---	--

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

○年○月～○年○月（過去5年以内）

業務（実務）期間（1か月単位で記載）	従事時間	業務内容	備考
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	本報告書についての問い合わせ等に対応できる連絡先を記載してください。
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	作成した際に根拠とした書類（労働基準法の規定により作成される賃金台帳、労働時間の記録に関する書類（出勤簿、タイムカード等）等、労働時間に関する記録が客観的に確認できるもの）を記載してください。
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	
令和○年○月○日～○月○日	○○時間 分	令和○年○月○日～○月○日	

根拠としたもの： タイムカード

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。
 ※実務（実務）従事証明書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

業務従事確認書

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

医薬品の販売業者(申請者)

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏名	(生年月日: 年 月 日)
住所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	年 月 日 登録番号:
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称: 許可番号:
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	

1. 業務期間 (年 月間) 年 月 ~ 年 月

業務期間のうち、薬剤師又は自らが管理者である、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局、店舗販売業等において業務に従事した期間

(年 月間) 年 月 ~ 年 月

業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間

(年 月間) 年 月 ~ 年 月

2. 業務内容(期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間(該当する□にレを記入)

- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計160時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計()時間従事した。

4. 研修の受講(受講した外部研修(追加的な研修を含む。)の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。

業務従事確認書<記載例>

第〇〇〇〇号
令和〇〇年 〇月 〇日

(宛先) 高槻市長

医薬品の販売業者 (申請者)
住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)
〇〇府〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇ビル
氏名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)
株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏名	△△ △△ (生年月日: 昭和〇〇年 〇月 〇日)
住所	〇〇市〇〇町〇番〇号
販売従事登録年月日 及び登録番号	平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 登録番号: 〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称: 〇〇 薬店 許可番号: 薬第〇〇〇〇号
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	××市××町××丁目××番××号 (配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。)

1. 業務期間 (2 年 1 月間) 平成 28 年 4 月 ~ 平成 30 年 4 月

業務期間のうち、薬剤師又は自らが管理者である、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局、店舗販売業等において業務に従事した期間

(年 月間) 年 月 ~ 年 月

業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間

(年 10月間) 平成29年 7 月 ~ 平成30 年 4 月

2. 業務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間 (該当する□にレを記入)

- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計160時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計 () 時間従事した。

4. 研修の受講 (受講した外部研修 (追加的な研修を含む。) の年月日及び概要を記載)

平成〇〇年 〇月 〇日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修 (6時間)

平成〇〇年 〇月 〇日 □□研修 一般用医薬品の知識に関する研修 (6時間)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。

<記載上の留意事項（業務従事確認書）>

- ①証明年月日、管理番号
 - ・業務経験を証明する日を記載してください。
 - ・発行する証明書には問い合わせに対応できるよう管理番号を付番してください。
- ②薬局開設者又は医薬品の販売業者住所、氏名
 - ・個人の場合は個人名を記載してください。法人の場合は商号及び代表者の氏名を記載してください。
- ③氏名、住所、販売従事登録年月日及び登録番号
 - ・登録販売者の氏名、販売従事登録年月日及び登録番号を販売従事登録証のとおりに記載してください。
- ④薬局又は店舗の名称、許可番号及び薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域
 - ・「名称、許可番号」欄は、許可証に記載されている薬局等の名称、許可番号を記載してください。
 - ・「所在地」欄は、許可証に記載されている薬局等の所在地を記載してください。配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。
 - ・複数の薬局等における従事経験を一度に証明する場合、各店舗の勤務状況報告書【様式例13】を添付していただくこともできます。この場合、当該欄には「別紙のとおり」と記載してください。
- ⑤業務期間
 - ・平成 21 年 6 月 1 日以降の業務期間を記載してください。
 - ・業務期間が連続しない場合は、分けて記載してください。
- ⑥業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間
 - ・P8の要件【iii】については、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間を必ず記載してください。
- ⑦業務内容
 - ・該当する箇所にレ、合計勤務時間数を記入してください。
 - ・業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務」を「期間内に登録販売者として行った業務」と読み替えてください。
- ⑧業務時間
 - ・必ず該当する箇所にレを記入してください
- ⑨研修の受講
 - ・証明する期間に受講した外部研修の年月日及び研修の概要を全て記載してください。

※本証明書は、登録販売者が従事している薬局等の開設者が責任を持って確認、客観的な事実に基づいて判断し、作成してください。

※この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付してください。勤務簿の写し又はこれに準ずるものは、証明する全ての期間の勤務簿の写し又は勤務状況報告書【様式例13】とします。

実務従事確認書

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

医薬品の販売業者 (申請者)
住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏 名	(生年月日: 年 月 日)
住 所	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称: 許可番号:
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	

1. 実務期間 (年 月間)

年 月 ~ 年 月 (年 月間)

2. 実務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

3. 実務時間 (該当する□にレを記入)

- 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計160時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計 () 時間従事した。

4. 研修の受講 (外部研修 (追加的な研修を含む。)) の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

実務従事確認書<記載例>

第 〇〇〇〇 号
令和 〇〇年 〇月 〇日

(宛先) 高槻市長

医薬品の販売業者 (申請者)

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

〇〇府〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇ビル

氏名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏 名	△△ △△ (生年月日： 昭和〇〇年 〇月 〇日)
住 所	〇〇市〇〇町〇番〇号
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称： 〇〇 薬店 許可番号： 薬第〇〇〇〇号
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	××市××町××丁目××番××号 (配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。)

1. 実務期間 (2 年 月間)

平成26年 4 月 ~ 平成28年 3 月 (2 年 月間)

2. 実務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

3. 実務時間 (該当する□にレを記入)

- 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計160時間以上従事した。
- 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計 () 時間従事した。

4. 研修の受講 (外部研修 (追加的な研修を含む。) の受講実績がある場合にあつては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

平成〇〇年 〇月 〇日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修 (6時間)

平成〇〇年 〇月 〇日 □□研修 一般用医薬品の知識に関する研修 (6時間)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

<記載上の留意事項（実務従事確認書）>

- ①証明年月日、管理番号
 - ・実務経験を証明する日を記載してください。
 - ・発行する証明には問い合わせに対応できるように管理番号を付番してください。
- ②薬局開設者又は医薬品の販売業者住所、氏名
 - ・個人の場合は個人名を記載してください。法人の場合は商号及び代表者の氏名を記載してください。
- ③氏名、住所
 - ・従事者の氏名、住所、生年月日を記載してください。
- ④薬局又は店舗の名称、許可番号及び所在地又は配置販売業の区域
 - ・「名称、許可番号」欄は、許可証に記載されている薬局等の名称、許可番号を記載してください。
 - ・「所在地」欄は、許可証に記載されている薬局等の所在地を記載してください。配置販売業の場合は、「大阪府一円」と記入してください。
 - ・複数の薬局等における従事経験を一度に証明する場合、各店舗の勤務状況報告書【様式例13】を添付していただくこともできます。この場合、当該欄には「別紙のとおり」と記載してください
- ⑤実務期間
 - ・平成 21 年 6 月 1 日以降の実務期間を記載してください。
 - ・実務期間が連続しない場合は、分けて記載してください。
- ⑥実務内容
 - ・該当する箇所にレを記入してください。
- ⑦実務時間
 - ・必ず該当する箇所にレ、合計勤務時間数を記入してください。
- ⑧研修の受講
 - ・証明する期間に受講した外部研修に準ずる研修の年月日及び研修の概要を全て記載してください。

※本証明書は、登録販売者が従事している薬局等の開設者が責任を持って確認、客観的な事実に基づいて判断し、作成してください。

※この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付してください。勤務簿の写し又はこれに準ずるものは、証明する全ての期間の勤務簿の写し又は勤務状況報告書【様式例13】とします。

被業務（実務）経験確認者に係る勤務状況報告書

薬局開設者又は医薬品の販売業者（申請者） 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）	上記の者の勤務先 薬局、店舗の名称： 業種： <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 配置販売業 許可番号： 連絡先電話番号：
--	---

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、責任をもって確認しましたので下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

年 月 ～ 年 月の勤務状況

業務（実務）期間(1か月単位で記載)	従事時間	業務（実務）期間(1か月単位で記載)	従事時間
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	時間 分

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。

※業務（実務）従事確認書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

被業務（実務）経験確認者 △△ △△ に係る勤務状況報告書<記載例>

薬局開設者又は医薬品の販売業者（申請者）
住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 〇〇府〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇ビル
氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名） 株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

上記の者の勤務先
薬局、店舗の名称：〇〇 薬店
業種： <input type="checkbox"/> 薬局 <input checked="" type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 配置販売業
許可番号：薬第〇〇〇〇号
連絡先電話番号：072-〇〇〇-〇〇〇〇

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について、責任をもって確認し、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

〇年 〇月 ~ 〇年

本報告書についての問い合わせ等に対応できる連絡先を記載してください。

業務（実務）期間（1か月単位で記載）	従事時間	業務	
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年	
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分
令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分	令和〇年〇月〇日 ~ 〇月〇日	〇〇時間 分

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。
※業務（実務）従事確認書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。