

◆◆◆はじめて店舗販売業をされる人へ◆◆◆

1 店舗販売業とは

要指導医薬品又は一般用医薬品を、店舗において販売し、又は授与する業務です。

2 店舗許可申請について

【新たな許可が必要な場合】

- ① はじめて店舗販売業を行う場合。
- ② 店舗販売業者の人格（名義）が変わる場合（個人⇔法人など）。
- ③ 施設を別の場所に移転させる場合。
- ④ 施設を全面改装するなど以前と同一性が認められない場合。
- ⑤ 許可の有効期限が満了するまでに更新申請をしなかった場合。

※ 申請前に、申請書の提出先へお問い合わせ願います。

3 許可を受けるための必要な条件（詳細は、西宮市薬局等許可審査基準及び指導基準を参照）

- (1) 構造設備が、定められた基準に適合していること。
- (2) その店舗において、医薬品の販売又は授与の業務を行う体制が、定められた基準に適合していること。
- (3) 管理者を設置し、店舗を実地に管理すること。（店舗販売業者は、薬剤師又は登録販売者を雇用して管理させてもよい。）
- (4) 申請者（申請者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。）が医薬品医療機器等法で定められた欠格条項に該当しないこと。

4 申請手数料

29,000円（現金でご用意ください。）

5 許可申請に必要な提出書類一覧（◎は必要書類 ○は該当する場合は必要）

| 提出書類 | 個人で申請する場合 | 法人で申請する場合 |
|---|-----------|-----------|
| ①店舗販売業許可申請書 ^{※1} | ◎ | ◎ |
| ②店舗の構造設備の概要 ^{※2} | ◎ | ◎ |
| ③付近の見取図・建物の配置図・店舗の平面図 | ◎ | ◎ |
| ④履歴事項全部証明書（発行後3か月以内のもの） | — | ◎ |
| ⑤申請者（申請者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員）が精神の機能の障害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、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書（発行後3か月以内のもの） ^{※3} | ○ | ○ |
| ⑥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数」「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」を記載した書類 ^{※4} | ◎ | ◎ |
| ⑦管理者の使用関係証書 ^{※5} | ◎ | ◎ |
| ⑧管理者の業務従事証明書又は実務従事証明書 ^{※6} | ○ | ○ |
| ⑨管理者の業務従事確認書又は実務従事確認書 ^{※7} | ○ | ○ |
| ⑩その他の薬剤師・登録販売者の使用関係証書 ^{※8} | ○ | ○ |
| ⑪医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要 ^{※9} | ◎ | ◎ |
| ⑫販売又は授与する医薬品の区分を記載した書類 ^{※9} | ◎ | ◎ |

| | | |
|--|---|---|
| ⑬特定販売を行う場合、特定販売に関して厚生労働省令で定める事を記載した書類 ^{※10} | ○ | ○ |
| ⑭体制省令で求められている指針・手順書 | ◎ | ◎ |
| ⑮資格を証する書類 ^{※11} | ◎ | ◎ |

※1 店舗販売業許可申請書

- ・ 所定の様式（別紙1）を用いて作成してください。

※2 構造設備の概要

- ・ 所定の様式（別紙2）を用いて作成してください。

※3 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

- ・ 精神の機能の障害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、医師の診断書（別紙3）が必要です。

※4 管理者及びその他の薬剤師・登録販売者の「氏名」「住所」等を記載した書類

- ・ 所定の様式（別紙4）を用いて作成してください。

※5 管理者の使用関係証書

- ・ 使用関係証書は雇用契約書の写し（原本を持参してください。）又は雇用証書（原本に限る。）が必要です。ただし申請者が管理者を兼務する場合は次のとおりとします。
ア 申請者が個人の場合で管理者を兼務する場合は不要です。
イ 申請者が法人の場合で取締役（執行役）が管理者を兼務する場合には、雇用契約書の写し（原本を持参してください。）又は雇用証書（原本に限る。）、当該店舗を実地に管理する旨の誓約書（別紙5）を提出してください。

※6 管理者の業務従事証明書又は実務従事証明書

- ・ 店舗管理者に登録販売者を指定する場合は、業務従事証明書又は実務従事証明書の提出が必要です。ただし、業務従事確認書又は実務従事確認書を添付する場合は不要です。
- ・ 所定の様式（別紙6又は別紙7）を用いて作成してください。
- ・ 業務（実務）に従事した期間は月単位で計算することとし、1か月に80時間以上従事した場合に、業務（実務）に従事したものと認められます。ただし、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2年（要指導医薬品又は第1類医薬品の販売等を行う場合は3年）以上あり、かつ、過去5年間に於いて、合計1,920時間（要指導医薬品又は第1類医薬品の販売等を行う場合は2,880時間）以上従事した場合に、過去5年間のうち2年（要指導医薬品又は第1類医薬品の販売等を行う場合は3年）以上業務（実務）に従事したものと認められます。
- ・ その他の管理者要件については、「登録販売者制度の取扱い等について（令和5年3月31日付薬生発0331第16号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）」を確認してください。

※7 管理者の業務従事確認書又は実務従事確認書

- ・ 店舗管理者に登録販売者を指定する場合は、業務従事確認書又は実務従事確認書の提出が必要です。ただし、業務従事証明書又は実務従事証明書を添付する場合は不要です。
- ・ 所定の様式（別紙8又は別紙9）を用いて作成してください。
- ・ 確認書による確認が必要な店舗管理者の要件は、下記の①又は②のとおり。
① 従事期間が通算で2年以上（平成21年6月1日以降に限る）かつ、過去に店舗管理者や区域管理者の経験があること。
② 従事期間が通算で5年以上（平成21年6月1日以降に限る）かつ、登録販売者の外部研修を通算で5年以上受講していること。

- ※8 その他の薬剤師・登録販売者の使用関係証書
 - ・ その他の薬剤師・登録販売者を雇用する場合は提出してください。
- ※9 医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要
 - ・ 所定の様式（別紙10）を用いて作成してください。
 - ・ 薬剤師・登録販売者が1名の場合であっても提出してください。
- ※10 特定販売を行う場合、特定販売に関して厚生労働省令で定める事項を記載した書類
 - ・ 所定の様式（別紙11）を用いて作成してください。
- ※11 資格を証する書類
 - ・ 薬剤師の場合：薬剤師免許証の原本及びコピー（原本は原本照合後、返却します。）。
 - ・ 登録販売者の場合：販売従事登録証の原本及びコピー（原本は原本照合後、返却します。）。

6 許可申請の受付・提出先について

西宮市保健所 保健総務課 薬事チーム

西宮市池田町8-11

TEL 0798-26-3775

※受付時間：9時から12時、13時から17時

7 店舗販売業許可申請書記載例

様式第七十六 (第百三十九条関係)

店舗販売業許可申請書

| | | | |
|--|-----|--|------|
| 店 舗 の 名 称 | | ☆☆ 薬店 | |
| 店 舗 の 所 在 地 | | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 西宮市〇〇町〇丁目〇番〇号 TEL〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| 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 | | 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 | | 〇〇 〇〇、□□ □□、△△ △△ | |
| 通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間 | | 月～日 8:00～20:00 | |
| 相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先 | | 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| 特 定 販 売 の 実 施 の 有 無 | | 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 | |
| 項 務 申 請 者 (法 人 に あ っ て は) に 関 する 役 員 を 含 む。 (薬 事 に 関 する 業 務 の 欠 格 条 業) | (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) | 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 | 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 | | 研修中の登録販売者の勤務の有無： 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 有の場合 (氏名： 従事期間： 年 月 日～ 年 月 日の通算 年 ヶ月) *該当する□にレ点を記入すること。 <input type="checkbox"/> 上記従事期間において、1か月に合計80時間以上業務又は実務に従事した。 <input type="checkbox"/> 上記従事期間において、合計()時間業務又は実務に従事した。 | |

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

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)

〒〇〇〇-〇〇〇〇

兵庫県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

〇〇株式会社

代表取締役 〇〇 〇〇

[連絡先] 担当者名：〇〇 〇〇

電話番号：〇〇〇-〇〇〇〇

西宮市保健所長 様

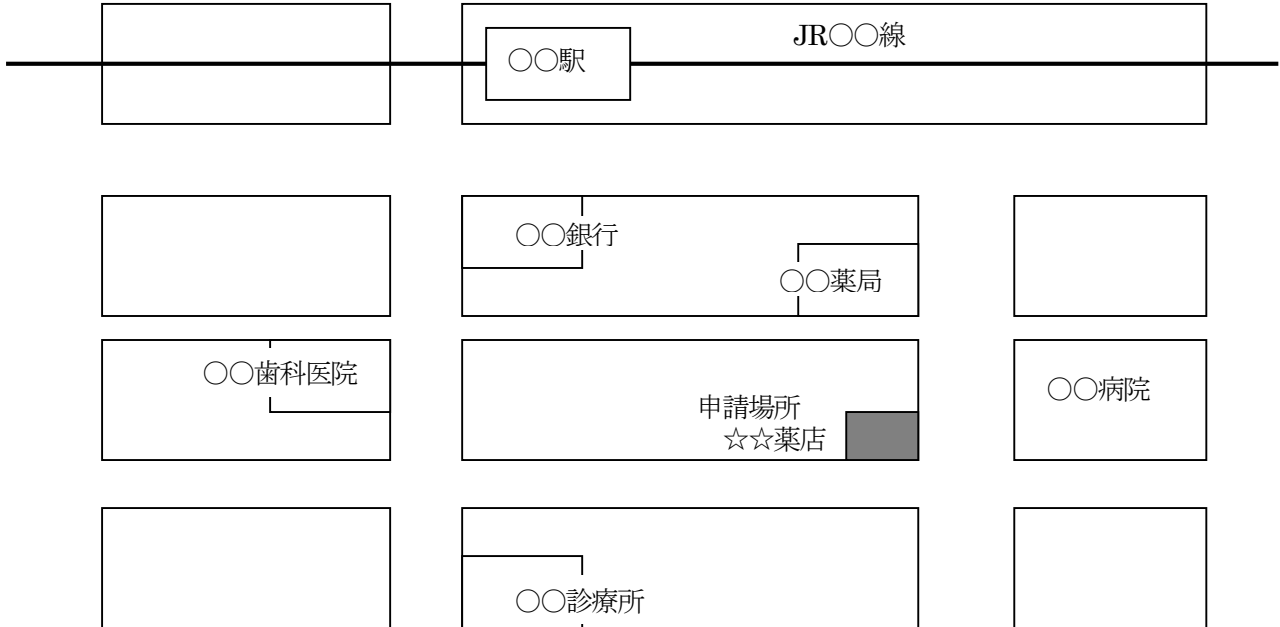
(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4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 店舗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 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すべ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 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。
- 6 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。

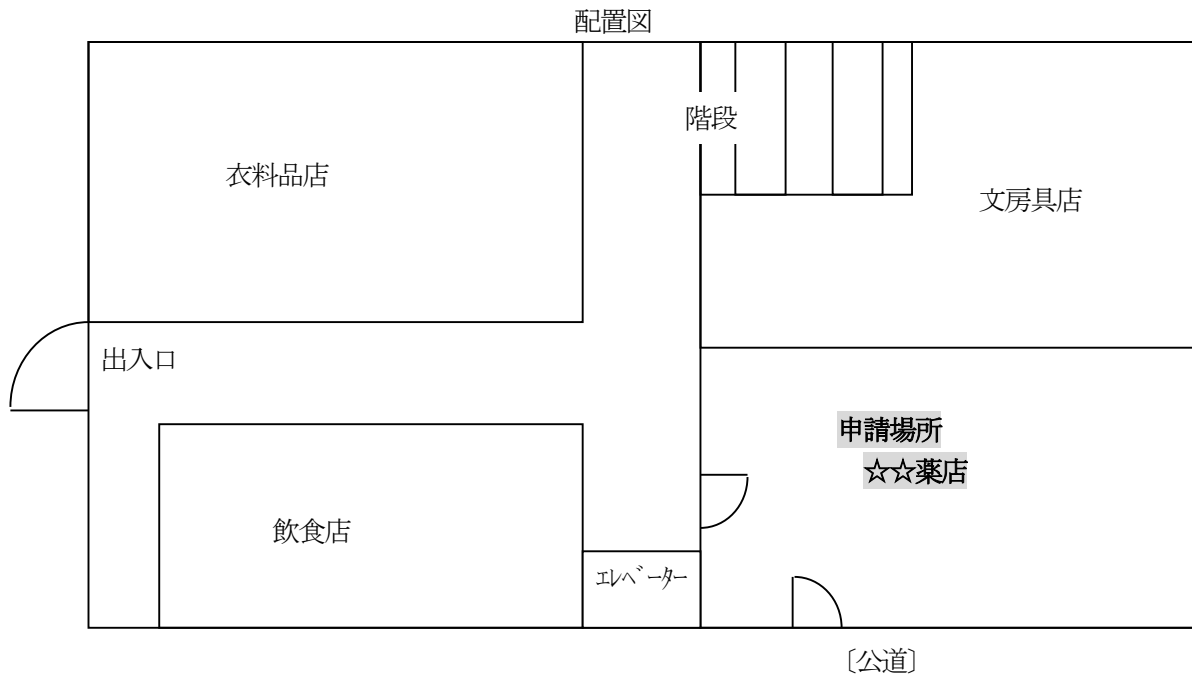
8 添付資料の記載例

(1) 付近の見取り図（記載例）

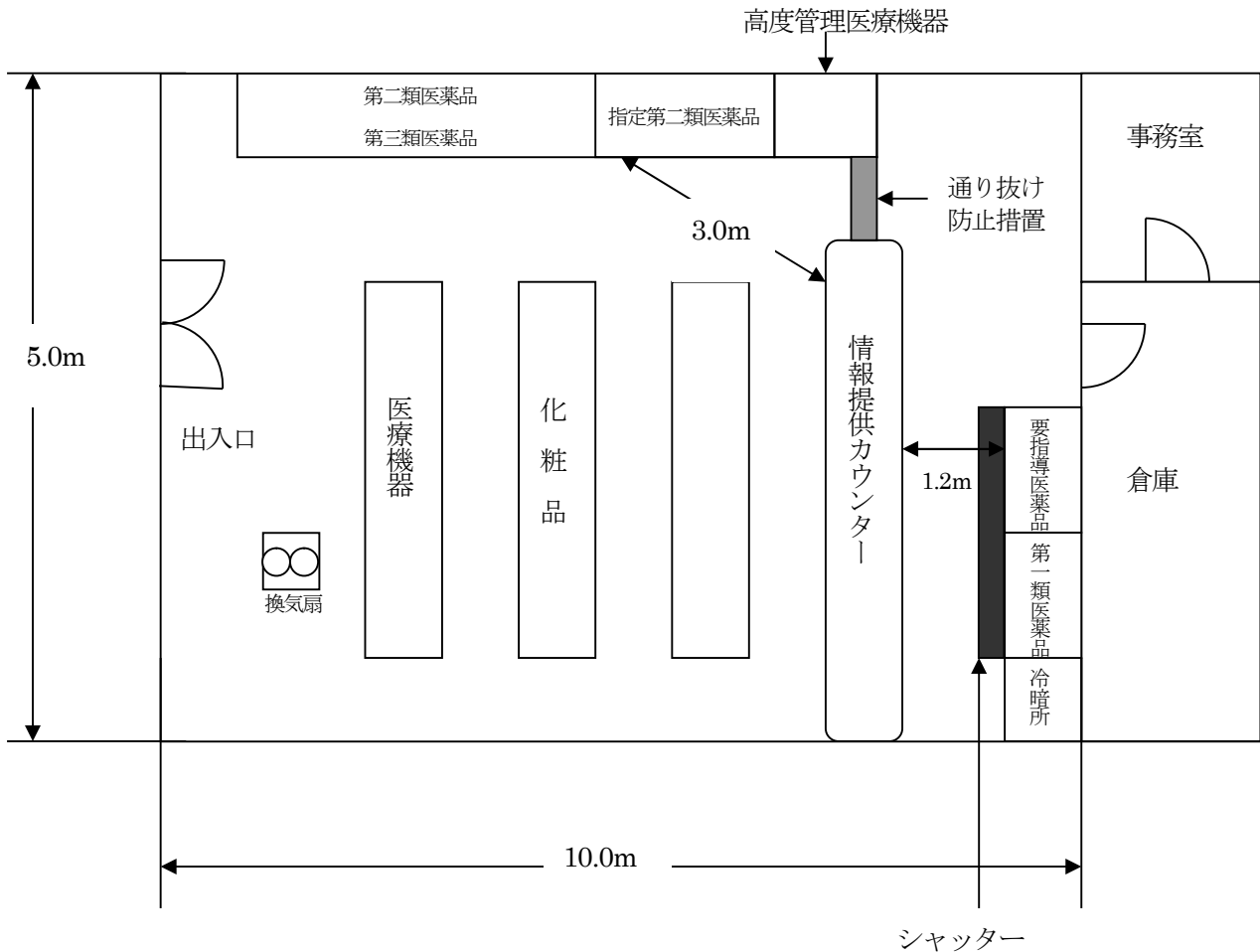
- ① 最寄りの駅等から店舗まで分かるようにしてください。
- ② 定規等を用いて正確に作成してください。なお、インターネット等から印刷した図面を添付することでも差し支えない。



(2) フローア全体の平面図（記載例）



(3) 店舗の平面図 (記載例)



<面積算出式> 店舗：10.0×5.0= 50.0m²

(記載時の留意点)

- ① 定規等を用いて正確に作成してください。
- ② 店舗の面積が算出できるよう内法で寸法を記入してください。
- ③ 平面図の余白欄に店舗面積の算出式を記入してください。
- ④ 店舗面積は13.2 m²以上を確保してください。
ただし、階段下などや柱部分は有効面積から省いてください。
- ⑤ 更衣室、事務室、トイレ、倉庫等の付属設備を有している場合は、これらの面積は店舗の面積として算出しないでください。
- ⑥ 店舗の出入口、住居との区画がよくわかるように記入してください。
- ⑦ 店舗以外の場所（住居・事務所等を除く。）へ行くために店舗内を通らなければ行くことのできない構造は許可できません。
- ⑧ 相談カウンター等、情報提供を行うための設備（以下「情報提供設備」という。）を備えてください。（情報提供設備とは、薬剤師又は登録販売者が購入者等に対し、医薬品について適正な使用のために必要な情報を提供するための設備をいいます。）
- ⑨ 要指導医薬品・一般用医薬品は、薬剤師・登録販売者が購入者等に必要情報を提供できるように陳列してください。
- ⑩ 要指導医薬品・第一類医薬品を陳列する場合は、情報提供設備の後ろの棚等、購入者の手が届かない場所に陳列するか、鍵のかかる場所に保管し、その場所を図面に明記してください。

- ⑪ 使用に際し注意が必要な指定第二类医薬品を陳列する場合は、要指導医薬品・第一類医薬品と同様に情報提供設備の後ろ等に陳列するか、鍵のかかる場所、あるいは情報提供設備中央から見える棚等（約7mの範囲内）に陳列し、その場所を図面に記入してください。
- ⑫ 要指導医薬品及び一般用医薬品を販売しない時間帯がある場合は、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設備を設置して下さい。
- ⑬ 店舗内に、冷暗所および毒薬保管庫（容易に移動できないよう固定された鍵のかかる専用の設備）の位置を記入してください。ただし、冷暗所保存の医薬品及び毒薬を取り扱わない場合は、冷暗所及び毒薬保管庫の設置は不要です。
- ⑭ 毒物劇物販売業を併せて行う場合は、店舗の情報提供設備の内側等に毒物劇物保管庫（固定、堅固、施錠）を設置し、その位置を記入してください。
注）毒物劇物販売業の登録が必要
- ⑮ 高度管理医療機器等もしくは管理医療機器の販売等を併せて行う場合は、店舗内に医療機器保管場所を明記してください。
注）高度管理医療機器等販売業等の許可が必要
- ⑯ 換気が十分で清潔な店舗にしてください。
- ⑰ 常時居住する場所、不潔な場所から明確に区別してください。
- ⑱ スーパーなどの一角を店舗とする場合は、壁や床へのライン引き、床の色を変える等、店舗と他の場所を明確に区別してください。また、店舗内に専用のレジを設けてください。

○医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要
○販売又は授与する医薬品の区分を記載した書類

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|---|------|----|---|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|----|----|--------|-----------|------------------|----|----|---|
| 許可番号 | 店舗名称 | | ☆☆薬店 | | | | | | | | | | | | | | | | | 週当たりの営業時間 | 84 | 時間 | | | | | | |
| 情報提供場所の総和 | | | 1 | 箇所 | ① | 曜日 | | | | | | | | | | | | | | | | | 時間 | 週当たりの開店時間 | 84 | 時間 | | |
| 要指導医薬品情報提供場所又は第一類医薬品情報提供場所 | | | 1 | 箇所 | ② | 営業時間 (月～日) | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 : 00 | 20 : 00 | 要指導医薬品又は一般用医薬品販売 | 84 | 時間 | ③ |
| 要指導医薬品情報提供場所 | | | 1 | 箇所 | | 開店時間 (月～日) | | | | | | | | | | | | | | | | | 8 : 00 | 20 : 00 | 要指導医薬品又は第一類医薬品販売 | 84 | 時間 | ④ |
| 第一類医薬品情報提供場所 | | | 1 | 箇所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一般用医薬品情報提供場所 | | | 1 | 箇所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 販売又は授与する医薬品の区分 | | <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 <input checked="" type="checkbox"/> 第三類医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月 | 開店時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売のみの時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要指導医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | |
| | 一般用医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 時勤務 | 第一類医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 11 | |
| 登録販売者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | | |
| 火 | 開店時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売のみの時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要指導医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 一般用医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 時勤務 | 第一類医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 登録販売者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | | |
| 水 | 開店時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売のみの時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要指導医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 一般用医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 時勤務 | 第一類医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 登録販売者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 7 | | |
| 木 | 開店時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売のみの時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要指導医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 一般用医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 時勤務 | 第一類医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 登録販売者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | | |
| 金 | 開店時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売のみの時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要指導医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 一般用医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 時勤務 | 第一類医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 登録販売者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 5 | | |
| 土 | 開店時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売のみの時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要指導医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 一般用医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 時勤務 | 第一類医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 登録販売者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | | |
| 日 | 開店時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 特定販売のみの時間 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 要指導医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 一般用医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 時勤務 | 第一類医薬品 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | |
| 登録販売者 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 12 | | |

| 薬剤師 | 勤務総時間 | 薬剤師 | 勤務総時間 |
|--------|-------|-----|-------|
| 管 西宮 桜 | 40 | | |
| 甲陽 園子 | 40 | | |
| 今津 みなと | 9 | | |
| | | | |
| | | | |
| 合計 | 89 | 合計 | |

| 登録販売者 | 勤務総時間 | 登録販売者 | 勤務総時間 |
|-------|-------|-------|-------|
| 北口 町男 | 8 | | |
| 山口 町子 | 23 | | |
| 小松 町美 | 12 | | |
| | | | |
| | | | |
| 合計 | 43 | 合計 | |

| | | | | | | | |
|---------------|----|---|-----|----|-------------------|------|----------|
| 1週間の薬剤師勤務時間 | 総計 | ⑤ | 89 | 時間 | $⑦ \div ① \div ③$ | 1.57 | ≥ 1 |
| 1週間の登録販売者勤務時間 | 総計 | ⑥ | 43 | 時間 | $⑤ \div ② \div ④$ | 1.05 | ≥ 1 |
| ⑤+⑥ | 総計 | ⑦ | 132 | 時間 | | | |

○営業時間外で相談を受ける時間

20:00～22:00

○営業時間外で相談を受ける時間における情報の提供又は指導を行うための体制

固定電話の転送機能で相談応需

○店舗販売業以外の医薬品の販売業その他の業務を併せ行う場合にあつては、その業務の種類

医薬部外品の販売 化粧品の販売 雑品の販売 管理医療機器(販売業・ 貸与業)

その他() なし

添付書類様式一覧

- 別紙 1 店舗販売業許可申請書
- 別紙 2 構造設備の概要
- 別紙 3 診断書（例）
- 別紙 4 管理者及び管理者以外の薬剤師又は登録販売者の氏名・住所・登録番号・登録年月日及び週当たりの勤務時間数
- 別紙 5 誓約書
- 別紙 6 業務従事証明書
- 別紙 7 実務従事証明書
- 別紙 8 業務従事確認書
- 別紙 9 実務従事確認書
- 別紙 10
 - ・ 医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要
 - ・ 販売又は授与する医薬品の区分を記載した書類
- 別紙 11 特定販売に関して厚生労働省令で定める事項を記載した書類
- その他 雇用証書及び雇用契約書の例

様式第七十六 (第百三十九条関係)

店舗販売業許可申請書

| | | | |
|--|-----|--|--|
| 店舗の名称 | | | |
| 店舗の所在地 | | 〒 | |
| 店舗の構造設備の概要 | | | |
| 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 | | | |
| 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 ・ 無 | |
| むす申 る請 者者 の業 務務 の(法 欠格人 条に 項責 任を 有す るは、 役員薬 事事 を員に 含関 | (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った後、3年を経過していない者 | |
| | (4) | 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の必要な認知、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 | | 研修中の登録販売者の勤務の有無： 有 ・ 無 有の場合 (氏名： 従事期間： 年 月 日～ 年 月 日の通算 年 ヶ月) *該当する□にレ点を記入すること。 <input type="checkbox"/> 上記従事期間において、1か月に合計80時間以上業務又は実務に従事した。 <input type="checkbox"/> 上記従事期間において、合計()時間業務又は実務に従事した。 | |

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)

〒

氏名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

西宮市保健所長 様

〔連絡先〕 担当者名：
電話番号：

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4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 店舗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 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すべ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 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。
- 6 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、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。

(様式 3)

店舗販売業構造設備の概要

| | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|--|---|--|
| 面積 | 店舗全体 | m ² (13.2m ² 以上) | | |
| 該当するところを記入する | 換気 | 1 窓 2 換気扇 3 その他 () | | |
| | 居住場所と不潔な場所その他の場所との区別 | 1 扉・引戸 2 壁 3 窓 4 その他 () | | |
| | 防塵設備 | 床面 | 1 板張り 2 コンクリート 3 その他 () | |
| | | 天井 | 1 板張り 2 コンクリート 3 その他 () | |
| | 明るさ | ルクス (60ルクス以上) | | |
| | 施錠設備 (毒薬貯蔵所) | 有 ・ 無 (毒薬販売: 該当 ・ 非該当) | | |
| | 冷暗所 (電気冷蔵庫) | 有 ・ 無 (冷暗貯蔵を要する医薬品販売: 該当 ・ 非該当) | | |
| | 給水設備 | 1 手洗設備 2 その他 () | | |
| | 貯蔵設備を設ける区域 | 有 (パーティション・線引き・柵・引出 (鍵: 有・無) ・その他 ()) ・無 | | |
| | 要指導医薬品又は一般用医薬品閉鎖設備 | 有 ・ 無 有の場合の方法 () (要指導医薬品又は一般用医薬品を販売しない開店時間の有無: 有 ・ 無) | | |
| | | 要指導医薬品 | 第一類医薬品 | |
| | 陳列設備 | 有 ・ 無 | 有 ・ 無 | |
| | 陳列区画 | 1.2m以内の範囲に進入防止措置 ・鍵付・その他 () | 1.2m以内の範囲に進入防止措置 ・鍵付・その他 () | |
| | 陳列区画の閉鎖設備 | 有 ・ 無 有の場合の方法 () | 有 ・ 無 有の場合の方法 () | |
| | 情報提供設備等 | 要指導医薬品陳列区画内又は近接場所 | 有 ・ 無 | |
| 第一類医薬品陳列区画内又は近接場所 | | 有 ・ 無 | | |
| 指定第二類医薬品 | | 有 ・ 無 陳列の有無: 有 ・ 無 | (有の場合の陳列設備) 情報提供設備から7m以内 鍵付 1.2m以内の範囲に進入防止措置 | |
| 要指導医薬品又は一般用医薬品情報提供設備の総数 | | 箇所 (うち要指導医薬品 箇所、第一類医薬品 箇所、一般用医薬品 箇所) | | |
| 視覚、聴覚等障害を有する薬剤師又は登録販売者に必要な設備 | 当該薬剤師又は登録販売者の有無 (有 ・ 無) 設備の内容 | | | |

| | |
|------|------------------------|
| 付属設備 | 更衣室 ・ 便所 ・ 事務所 ・ 医薬品倉庫 |
| | ・ 検査室 ・ その他 |

診 断 書

| | | | |
|---|--------------------------|-------|------|
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和 | 年 月 日 | 年齢 歳 |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>精神機能の障害</p> <p>診断名及び現に（又は既に）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。詳細については別紙でも可）</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> | | | |
| 診断年月日 | 令和 | 年 月 日 | |
| 医 師 | 病院、診療所又は介護 老人保健施設等の名称 | | |
| | 所在地 | TEL | |
| | 氏 名 | | |

管理者及び管理者以外の薬剤師又は登録販売者の氏名・住所・登録番号・登録年月日及び週当たりの勤務時間数

| | | | |
|---------------------------------|----------|-------|--|
| 店舗 管理 者 | ふりがな | | |
| | 氏名 | | |
| | 住所 | 〒 | |
| | 週当たり勤務時間 | 時間 | |
| | 種別 | | |
| 薬剤師名簿 又は 販売従事登録 | 登録番号 | 登録年月日 | |
| | | | |
| 管 理 者 | ふりがな | | |
| | 氏名 | | |
| | 住所 | 〒 | |
| | 週当たり勤務時間 | 時間 | |
| | 種別 | | |
| 薬剤師名簿 又は 販売従事登録 | 登録番号 | 登録年月日 | |
| | | | |
| 以 外 の 薬 劑 師 | ふりがな | | |
| | 氏名 | | |
| | 住所 | 〒 | |
| | 週当たり勤務時間 | 時間 | |
| | 種別 | | |
| 薬剤師名簿 又は 販売従事登録 | 登録番号 | 登録年月日 | |
| | | | |
| 又 は 登 録 販 売 者 | ふりがな | | |
| | 氏名 | | |
| | 住所 | 〒 | |
| | 週当たり勤務時間 | 時間 | |
| | 種別 | | |
| 薬剤師名簿 又は 販売従事登録 | 登録番号 | 登録年月日 | |
| | | | |
| 販 売 者 | ふりがな | | |
| | 氏名 | | |
| | 住所 | 〒 | |
| | 週当たり勤務時間 | 時間 | |
| | 種別 | | |
| 薬剤師名簿 又は 販売従事登録 | 登録番号 | 登録年月日 | |
| | | | |

管理者及び管理者以外の薬剤師又は登録販売者の氏名・住所・登録番号・登録年月日及び週当たりの勤務時間数

| | | | | |
|--|-----------------------|-------|-------|--|
| 管 理 者 以 外 の 薬 剤 師 又 は 登 録 販 売 者 | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 週当たり勤務時間 | 時間 | | |
| | 種別 | | | |
| | 薬剤師名簿 又は 販売従事登録 | 登録番号 | 登録年月日 | |
| | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 週当たり勤務時間 | 時間 | | |
| | 種別 | | | |
| | 薬剤師名簿 又は 販売従事登録 | 登録番号 | 登録年月日 | |
| | ふりがな | | | |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 | | |
| | 週当たり勤務時間 | 時間 | | |
| 種別 | | | | |
| 薬剤師名簿 又は 販売従事登録 | 登録番号 | 登録年月日 | | |
| ふりがな | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 週当たり勤務時間 | 時間 | | | |
| 種別 | | | | |
| 薬剤師名簿 又は 販売従事登録 | 登録番号 | 登録年月日 | | |
| ふりがな | | | | |
| 氏名 | | | | |
| 住所 | 〒 | | | |
| 週当たり勤務時間 | 時間 | | | |
| 種別 | | | | |
| 薬剤師名簿 又は 販売従事登録 | 登録番号 | 登録年月日 | | |

(様式 4)

年 月 日

西宮市保健所長 様

主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

誓 約 書

代表取締役 (氏名) (薬局又は店舗等の名称)
弊社は、取締役 _____ を弊社の _____ の管理者とし

て当該店舗を実地に管理させることを誓約します。

以上

(様式9-2)

業務従事証明書

年 月 日

様

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）

（TEL ）

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 | |
| 薬局又は店舗の名称 及び許可番号 | (許可の種類 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 日 ～ 年 月 日

このうち、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（ 年 月間）
年 月 日 ～ 年 月 日

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
□にレ点を記入）

- 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□にレ点を記入）

- 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、楷書ではっきりと書くこと。
- 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。
- 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□にレ点を記入」と読み替える。
- 7 受講した外部研修の概要は、次の①から⑧のうち該当する研修内容の番号を記載する。
 - ① 医薬品に共通する特性と基本的な知識
 - ② 人体の働きと医薬品との関係
 - ③ 主な一般用医薬品とその作用
 - ④ 薬事に関する法規と制度
 - ⑤ 一般用医薬品の適正使用と安全対策
 - ⑥ リスク区分等の変更があった医薬品
 - ⑦ 店舗及び区域の管理に関する事項（店舗販売業及び配置販売業の場合）
 - ⑧ その他登録販売者として求められる理念、倫理、関連法規等

被業務従事証明者 _____ 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
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）

勤務店舗名：

<作成担当者： _____ >

上記の者の一般用医薬品販売の業務に係る勤務状況について、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。また、本報告書に虚偽があった場合は、いかなる処分を受けても異存はありません。

_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日の勤務状況

| 業務期間（1か月単位） | 業務日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |

| 業務期間（1か月単位） | 業務日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |

根拠としたもの： _____

※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。
※業務従事証明書ごとに対応する期間の勤務状況を記載すること。

年 月 日

上記内容について事実と相違ありません。

（被業務従事証明者）氏 名：

(様式 9 - 3)

実務従事証明書

年 月 日

様

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）

（TEL ）

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 | (許可の種類 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 | |

- 実務期間（ 年 月間）
年 月 日 ～ 年 月 日（ 年 月間）
- 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
□にレ点を記入）
 - 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
- 実務時間（該当する□にレ点を記入）
 - 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。
- 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、楷書ではっきりと書くこと。
- 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。
- 6 受講した外部研修の概要は、次の①から⑧のうち該当する研修内容の番号を記載する。
 - ① 医薬品に共通する特性と基本的な知識
 - ② 人体の働きと医薬品との関係
 - ③ 主な一般用医薬品とその作用
 - ④ 薬事に関する法規と制度
 - ⑤ 一般用医薬品の適正使用と安全対策
 - ⑥ リスク区分等の変更があった医薬品
 - ⑦ 店舗及び区域の管理に関する事項（店舗販売業及び配置販売業の場合）
 - ⑧ その他登録販売者として求められる理念、倫理、関連法規等

被実務従事証明者 _____ 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
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）

勤務店舗名：

<作成担当者： _____ >

上記の者の一般用医薬品販売の実務に係る勤務状況について、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。また、本報告書に虚偽があった場合は、いかなる処分を受けても異存はありません。

____年__月__日～____年__月__日の勤務状況

| 実務期間（1か月単位） | 実務日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |

| 実務期間（1か月単位） | 実務日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |

根拠としたもの： _____

※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。
※実務従事証明書に対応する期間の勤務状況を記載すること。

年 月 日

上記内容について事実と相違ありません。

（被実務従事証明者）氏 名：

(様式9-4)

業 務 従 事 確 認 書

年 月 日

西宮市保健所長 様

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）

(TEL)

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 | |
| 薬局又は店舗の名称 及び許可番号 | (許可の種類 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 日 ~ 年 月 日

業務期間のうち、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 (年 月間) 年 月 日 ~ 年 月 日
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 日 ~ 年 月 日

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

にレ点を記入)

- 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 (該当するにレ点を記入)

- 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、楷書ではっきりと書くこと。
- 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。
- 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□にレ点を記入」と読み替える。
- 7 受講した外部研修の概要は、次の①から⑧のうち該当する研修内容の番号を記載する。
 - ① 医薬品に共通する特性と基本的な知識
 - ② 人体の働きと医薬品との関係
 - ③ 主な一般用医薬品とその作用
 - ④ 薬事に関する法規と制度
 - ⑤ 一般用医薬品の適正使用と安全対策
 - ⑥ リスク区分等の変更があつた医薬品
 - ⑦ 店舗及び区域の管理に関する事項（店舗販売業及び配置販売業の場合）
 - ⑧ その他登録販売者として求められる理念、倫理、関連法規等

被業務従事確認者 _____ に係る勤務状況報告書

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）

勤務店舗名：

<作成担当者： _____ >

上記の者の一般用医薬品販売の業務に係る勤務状況について、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。また、本報告書に虚偽があった場合は、いかなる処分を受けても異存はありません。

_____年____月____日～_____年____月____日の勤務状況

| 業務期間（1か月単位） | 業務日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |

| 業務期間（1か月単位） | 業務日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日～ 月 日 | 日間 | 時間 分 |

根拠としたもの： _____

- ※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。
- ※業務従事確認書ごとに対応する期間の勤務状況を記載すること。

年 月 日

上記内容について事実と相違ありません。

（被業務従事確認者）氏 名：

(様式9-5)

実務従事確認書

年 月 日

西宮市保健所長 様

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）

(TEL)

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 | (許可の種類 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 | |

- 実務期間（ 年 月間）
年 月 日 ～ 年 月 日（ 年 月間）
- 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
□にレ点を記入）
 - 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
- 実務時間（該当する□にレ点を記入）
 - 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。
- 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、楷書ではっきりと書くこと。
- 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。
- 6 受講した外部研修の概要は、次の①から⑧のうち該当する研修内容の番号を記載する。
 - ① 医薬品に共通する特性と基本的な知識
 - ② 人体の働きと医薬品との関係
 - ③ 主な一般用医薬品とその作用
 - ④ 薬事に関する法規と制度
 - ⑤ 一般用医薬品の適正使用と安全対策
 - ⑥ リスク区分等の変更があつた医薬品
 - ⑦ 店舗及び区域の管理に関する事項（店舗販売業及び配置販売業の場合）
 - ⑧ その他登録販売者として求められる理念、倫理、関連法規等

被実務従事確認者 _____ に係る勤務状況報告書

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）

勤務店舗名：

<作成担当者： _____ >

上記の者の一般用医薬品販売の業務に係る勤務状況について、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。また、本報告書に虚偽があった場合は、いかなる処分を受けても異存はありません。

_____年 _____月 _____日 ~ _____年 _____月 _____日の勤務状況

| 実務期間（1か月単位） | 実務日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |

| 実務期間（1か月単位） | 実務日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間 | 時間 分 |

根拠としたもの： _____

- ※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。
- ※実務従事確認書ごとに対応する期間の勤務状況を記載すること。

年 月 日

上記内容について事実と相違ありません。

（被実務従事確認者）氏 名：

| 薬剤師 | 勤務総時間 | 薬剤師 | 勤務総時間 |
|-----|-------|-----|-------|
| 管 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 合計 | | 合計 | |

| 登録販売者 | 勤務総時間 | 登録販売者 | 勤務総時間 |
|-------|-------|-------|-------|
| 管 | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 合計 | | 合計 | |

| | | | | | | | |
|---------------|----|---|--|----|-------------------|--|----------|
| 1週間の薬剤師勤務時間 | 総計 | ⑤ | | 時間 | $⑦ \div ① \div ③$ | | ≥ 1 |
| 1週間の登録販売者勤務時間 | 総計 | ⑥ | | 時間 | | | |
| ⑤+⑥ | 総計 | ⑦ | | 時間 | $⑤ \div ② \div ④$ | | ≥ 1 |

○営業時間外で相談を受ける時間

| |
|--|
| |
|--|

○営業時間外で相談を受ける時間における情報の提供又は指導を行うための体制

| |
|--|
| |
|--|

○店舗販売業以外の医薬品の販売業その他の業務を併せ行う場合にあつては、その業務の種類

| | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 医薬部外品の販売 | <input type="checkbox"/> 化粧品の販売 | <input type="checkbox"/> 雑品の販売 | <input type="checkbox"/> 管理医療機器（販売業・貸与業） |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | <input type="checkbox"/> なし | | |

(様式 11)

○特定販売に関して厚生労働省令で定める事項を記載した書類

| | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|---|-------------------|
| 特定販売を行う際に使用する通信手段 | インターネット・電話・郵便等・カタログ販売 ・その他() | | |
| 特定販売を行う医薬品の区分 | 第一類医薬品・指定第二类医薬品・第二类医薬品・第三類医薬品 | | |
| 特定販売を行う時間 | 曜日 () () () | : | 時間 ~ ~ ~ |
| 営業時間のうち特定販売のみを行う時間 (無・有) | 曜日 () () () | : | 時間 ~ ~ ~ |

◇特定販売時の広告等

| 広告上の店舗の名称 (申請書に記載する店舗の名称と異なる場合) | | 主たるホームページアドレス | | 主たるホームページの構成概要 |
|------------------------------------|--|---------------|-----------|----------------|
| ① | | (フリガナ) | (フリガナ) | 別添①のとおり |
| | | ログイン時のID | ログインパスワード | |
| | | | | |
| ② | | (フリガナ) | (フリガナ) | 別添②のとおり |
| | | ログイン時のID | ログインパスワード | |
| | | | | |
| ③ | | (フリガナ) | (フリガナ) | 別添③のとおり |
| | | ログイン時のID | ログインパスワード | |
| | | | | |
| ④ | | (フリガナ) | (フリガナ) | 別添④のとおり |
| | | ログイン時のID | ログインパスワード | |
| | | | | |
| ⑤ | | (フリガナ) | (フリガナ) | 別添⑤のとおり |
| | | ログイン時のID | ログインパスワード | |
| | | | | |

※専用アプリケーションソフト等を使用する場合は、当該ソフトの入手方法等に関する資料を添付すること。

◇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
(営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合は、記載すること。)

| | | |
|--------------------|-------------|--|
| 使用する設備 | 画像等を電送する設備 | |
| | カメラ機能を有する設備 | |
| | 電話機能を有する設備 | |
| 電話番号 | | |
| 画像等を電送する設備の発信元の連絡先 | | |

雇用証書か雇用契約書のどちらか1つを提出する。

雇 用 証 書

次の者を下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

年 月 日

雇用者 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)

被雇用者 住所 〒

氏名

記

1 業務 薬局の管理者 薬局製剤の製造管理者 薬局製剤の総括製造販売責任者
店舗管理者 高度管理医療機器等営業所管理者
その他の薬剤師 その他の登録販売者 毒物劇物取扱責任者

2 勤務地 所在地

名称

3 勤務時間 時 分から 時 分まで

4 休日

5 給料

※業務欄は、該当する箇所に印(☑)をつけてください。

雇用証書か雇用契約書のどちらか1つを提出する。

被雇用者が管理者の場合

雇 用 契 約 書

甲 雇用者
乙 被雇用者

上記両者の間において下記の契約をする。

- 勤務地 所在地
名称
- 勤務時間 時 分から 時 分まで
- 休日
- 給料
- 乙は他の場所に勤務せず、管理業務に専念すること。
(業務 薬局の管理者 薬局製剤の製造管理者 薬局製剤の総括製造販売責任者
店舗管理者 高度管理医療機器等営業所管理者 毒物劇物取扱責任者)
- 甲、乙相協力して薬事並びに毒物及び劇物関係法令の遵守につとめること。
- 甲または乙は、解約しようとするときは1ヶ月以前に互いに通告すること。

上記について証とするため本書2通を作成し甲乙各1通を保管する。

年 月 日

甲 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)

乙 住所 〒

氏名

※業務欄は、該当する箇所に印(☑)をつけてください。

雇用証書か雇用契約書のどちらか1つを提出する。

被雇用者が管理者でない場合

雇 用 契 約 書

甲 雇用者
乙 被雇用者

上記両者の間において下記の契約をする。

- 勤務地 所在地
名称
- 勤務時間 時 分から 時 分まで
- 休日
- 給料
- 甲、乙相協力して薬事並びに毒物及び劇物関係法令の遵守につとめること。
(業務 その他の薬剤師 その他の登録販売者)
- 甲または乙は、解約しようとするときは1ヶ月以前に互いに通告すること。

上記について証とするため本書2通を作成し甲乙各1通を保管する。

年 月 日

甲 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)

乙 住所 〒

氏名

※業務欄は、該当する箇所に印(☑)をつけてください。