

神戸市収入証紙 (消印しないこと)  
(証紙は市役所本庁1号館3階「三井住友銀行」等の神戸市収入証紙売りさばき所で購入のこと)

様式第七十六 (第百三十九条関係)

店舗販売業許可申請書

ふりがな			
店舗の名称			
店舗の所在地		〒 区 神戸市	
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			
通常の営業日及び営業時間		別紙のとおり	
相談時及び緊急時の連絡先		<input type="checkbox"/> 店舗の電話番号 ( ) <input type="checkbox"/> その他の連絡先 [電話番号、FAX、電子メール等] ( )	
特定販売の実施の有無		有 ・ 無	
務申請者(法人にあっては、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	
	(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)	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	
	(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)	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	取扱う管理医療機器の品目： <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> その他の特定管理 ( ) <input type="checkbox"/> 特定管理以外の管理医療機器 ( ) 特定管理医療機器営業管理者 (ふりがな) (氏名) 資格の写し：別添		
	ふりがな 申請担当者： TEL ( ) - 許可開始希望日： 月 日 届出等に用いる電子メールアドレス：		

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)

(ふりがな) 氏名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

TEL ( ) -

神戸市保健所長 あて

(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。