店舗販売業事前相談票

提出日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 相談者名（事業者名） |  | 連絡先 | 担当者名：　TEL　（　　　　　）　　　　－　　　　 |
| 相談内容 | [ ] 新設　[ ] 移転　[ ] 営業者変更　[ ] 構造設備変更　[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 持参書類 | [ ] 付近の見取図　[ ] 配置図　[ ] 平面図　[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 店舗の状況 | 営業者氏名(法人の場合は名称) |  | (法人の場合は代表者)　[ ] 薬剤師　[ ] 登録販売者　[ ] その他 |
| 店舗の名称(予定) |  |
| 所在地 | 神戸市　　　　区 | (ビル名階・号室) |  |
| 用途地域(　　　　　　　　　　　　　　　　　)　　　　　　　　　臨港地区・緑地保全地区 |
| 建物 | [ ] ビル(　　　階建ての　　　階)　[ ] 店舗内店舗(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　)[ ] 独立建物　[ ] 住居併設　[ ] その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ) |
| 資格者不在時の閉鎖設備 | 要指導第1類 | [ ] 不要[ ] 要([ ] 鍵(必須)　 [ ] ｼｬｯﾀｰ　 [ ] ｶｰﾃﾝ　[ ] ｽｸﾘｰﾝ　[ ] 扉付棚　[ ] 　　　　　　　 ) |
| (取扱/許可) [ ] 要指導・第1類　[ ] 第2類・第3類　[ ] 特定管理医療機器[ ] 特定販売([ ] ｲﾝﾀｰﾈｯﾄ　[ ] 電話　[ ] その他(　　　　　　 　 ))[ ] 高度管理医療機器販売業・貸与業　[ ] 毒物劇物販売業　[ ] 医薬品卸売販売業　[ ] その他(　　　　　　 ) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請予定日月　　　日完成予定日月　　　日調査希望日月　　　日許可証交付希望日月　　　日営業開始希望日月　　　日 |  | (神戸市保健所記入欄)薬機法上の問題点　□無　□有（問題点：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）《構造上の主な確認事項》①明らか外観　□容易な立入②店舗の区画　□常時居住する場所及び不潔な場所からの区別　　　　　　　□他の売場への通路とならないこと③面積　　　　□店舗全体13.2㎡以上④医薬品販売場所の構造　　　　　　　□情報提供設備（不動措置）　　□天井、床、壁の構造等□要指導・第1類医薬品陳列設備への進入防止措置□指定第2類の位置　　　　　　　□許可区画専用レジ（セルフレジ不可）⑤その他　　　□店舗の閉鎖設備(□鍵　□ｼｬｯﾀｰ　□ｶｰﾃﾝ　□　　　)《その他の説明事項》　　□看板等（案添付）　　□医薬品情報提供の指針・手順書　　□更衣場所 |
|  |
| （備　考）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 課長 | 係長 | 担　当 |
|  |  |  |

　 |