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 | |  |  |  | | | |