

| | | | |
|--|--|--|--|
| 青森県証紙貼付欄 (30,200円) 注意：証紙が重ならないように貼付すること。 | | | |
|--|--|--|--|

様式第八十三

配置販売業許可申請書

| | | | |
|------------------------------|---|--|--|
| 営業の区域 | 青森県一円 | | |
| 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要 | 別紙のとおり | | |
| (法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の名 | 別紙のとおり | | |
| 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 | | | |
| 申請者に責任を有する役員を含む。(の欠格条項)の業務 | (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 | |
| | (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 | |
| | (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薬局開設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) | 配置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 | 本申請に係わる添付文書()については、 年 月 日 付け 申請(変更届)に添付して、 保健所に提出したので、原本を省略し、写しを添付します。※青森県設置の保健所に限る。 | | |

上記により、配置販売業の許可を申請します。

※青森県収入証紙 確認者
貼付額 30,200円 印

年 月 日

〒 -

住所(法人にあつては、主たる事業所の所在地)

氏名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

※(収受印 押印欄)

青森県知事 宮下宗一郎 殿

担当者 氏名 _____
連絡先 _____

(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 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 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。
- 5 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(法人において役員が複数名いる場合は「全員なし」と記載する)、あるときは、(1)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。

従事者一覧表

| 通常営業時間及び薬剤師・登録販売者等 (. . 現在) | | | |
|------------------------------|---|---|-----------------|
| 通常の営業日・営業時間 | | 平日 (: ~ :)、 (: ~ : ・休) 土曜 (: ~ : ・休)、日祝祭 (: ~ : ・休) | |
| 氏名・区別/住所・一週間当たりの通常勤務時間 | | | |
| 氏 | | 区 | 管理者 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |
| 氏 | | 区 | 薬剤師 ・ 登録販売者 |
| 住 | | 分 | 第 号、 年 月 日 |
| 勤 | 週総計 h m、 _____ (: ~ :)、 _____ (: ~ :) | | |

申請者 1 名だけで業務を行う場合は、業務体制の概要（計 2 枚）は不要です。

業務体制の概要

【一般用医薬品を配置する勤務時間】

| | | |
|------------------------------|---|----|
| 薬剤師又は登録販売者が一般用医薬品を配置販売する勤務時間 | ① | 時間 |
| 薬剤師が第一類医薬品を配置販売する勤務時間 | ② | 時間 |

※ 時間数は、週当たりの時間数の総和とする。

【通常の薬剤師及び登録販売者の勤務状況】

| | | |
|-----------------------|-----------|----|
| 薬剤師の週あたり勤務時間数の総和 | ⑤ | 時間 |
| 登録販売者の週あたり勤務時間数の総和 | ⑥ | 時間 |
| 合計（専門家の週当たりの勤務時間数の総和） | ⑦ = ⑤ + ⑥ | 時間 |

| |
|---|
| 一般用医薬品を配置する勤務時間数 <input type="text" value="①"/> $\geq \frac{\text{⑦} \text{ 専門家の勤務時間}}{2}$ |
| < 第一類医薬品を扱う場合のみ > 第一類医薬品を配置販売する薬剤師の勤務時間数 <input type="text" value="⑤"/> $\geq \frac{\text{⑦} \text{ 専門家の勤務時間}}{2}$ |

※ 時間数は、週当たりの時間数の総和とする。

【一般用医薬品の配置販売業務の適正な管理を確保するための必要な措置】

| | |
|---|-------|
| 指針の策定（体制省令第 3 条第 1 項第 5 号） | 無 ・ 有 |
| 従事者から配置販売業者への事故報告の体制（体制省令第 3 条第 2 項第 1 号） | 無 ・ 有 |
| 業務に関する手順書（体制省令第 3 条第 2 項第 2 号） | 無 ・ 有 |

※ 体制省令：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

申請者 1 名だけで業務を行う場合は、業務体制の概要（計 2 枚）は不要です。

【通常の薬剤師及び登録販売者の勤務体制】

| 時間 | | 0 | 3 | 6 | 9 | 12 | 15 | 18 | 21 | 24 | 計 |
|----|-----------|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|
| 月 | 営業時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 第 1 類販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 登録販売者 | | | | | | | | | | 時間 |
| 火 | 営業時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 第 1 類販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 登録販売者 | | | | | | | | | | 時間 |
| 水 | 営業時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 第 1 類販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 登録販売者 | | | | | | | | | | 時間 |
| 木 | 営業時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 第 1 類販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 登録販売者 | | | | | | | | | | 時間 |
| 金 | 営業時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 第 1 類販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 登録販売者 | | | | | | | | | | 時間 |
| 土 | 営業時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 第 1 類販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 登録販売者 | | | | | | | | | | 時間 |
| 日 | 営業時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 第 1 類販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 登録販売者 | | | | | | | | | | 時間 |

(参考)

| | | | | | | | | | | | |
|--------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|
| 祝 日 | 営業時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 医薬品販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 第 1 類販売時間 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 薬剤師 | | | | | | | | | | 時間 |
| | 登録販売者 | | | | | | | | | | 時間 |

※ 営業時間等及び薬剤師・登録販売者の勤務時間について、塗りつぶす若しくは線を引いて、何時から何時まで営業・勤務しているか分かるように記載して下さい。

添付書類確認票（配置販売業）

申請書、取り扱う医薬品の区分、従事者一覧表、業務体制の概要のあとに、以下の書類を添付して申請してください。

| No. | 添付書類名 | チェック欄 |
|-----|---|-------|
| 1 | 登記事項証明書又は登記簿謄本（法人の場合） ※おおむね6か月以内に作成されたもの | |
| 2 | 役員業務分掌表（法人の場合） | |
| 3 | 申請者に係る医師の診断書 ※申請者の欠格事項(6)欄に該当する恐れがある者のみ提出が必要です。 ※おおむね3か月以内に作成されたもの | |
| 4 | 疎明書（法人の場合、3に代えて提出することができる。（ただし、代表取締役を除く。）） | |
| 5 | 管理者の使用関係証明書（申請者以外が管理者の場合） | |
| 6 | 管理者以外の薬剤師・登録販売者に係る使用関係証明書 （申請者以外が従事者の場合） | |
| 7 | 業務に係る指針及び手順書の写し（参考） ○一般用医薬品の適正配置を確保するための指針の策定 ○従事者から配置販売業者への事故報告の体制 ○一般用医薬品の適正配置のための業務に関する手順書 | |
| 8 | 区域管理者に係る確認書類 ○薬剤師は、原本照合済の薬剤師免許証の写し ○登録販売者は、原本照合済の販売従事登録証の写し （なお、青森県に登録している登録販売者は添付不要。） ○実務（業務）従事証明書の写し ※区域管理者が登録販売者の場合 ※平成26年度以前の登録販売者試験合格者（みなし合格者を含む）が区域管理者となる場合は、令和3年8月1日までは経過措置の適用となるため、実務又は業務従事証明書の写しの添付は不要 | |

※ 区域管理者は、速やかに身分証明書の交付申請を行うこと。

役員業務分掌表

| 薬事業務 | 役員氏名 | 業務 |
|------|-------|------|
| ○ | 代表取締役 | 業務全般 |
| | 取締役 | 担当 |
| | 取締役 | 担当 |
| | 取締役 | 担当 |
| | 取締役 | 担当 |

弊社の業務分掌表は、上記のとおりであり、薬事に関する業務に責任を有する役員は、薬事業務欄に○を付した者です。

年 月 日

住所

氏名

診 断 書

氏 名

生年月日

年 月 日生

上記の者について、次のとおり診断します。

1 精神機能の障害

 該当なし 専門家による判断が必要

専門家による判断が必要な場合において、診断名等を次の欄に記載すること。

| | |
|------------------|--|
| 診 断 名 | |
| 現に受けている 治療の内容 | |
| 現在の状況 | |

2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒

 なし あり

年 月 日

医療機関の名称
所在地

医師氏名

疎明する書類

氏 名

生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日生

弊社の取締役の上記の者は、精神機能に障害はなく、又、麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でないことを疎明いたします。

年 月 日

住 所

氏 名

使用関係証明書

年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

使用者

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

住所

被使用者

氏名

私どもは、下記のとおり使用関係にあることを証明します。

記

1 営業所等の名称

2 営業所等の所在地

3 勤務時間

4 休日

5 業務内容（ア又はイに○をつける。また、括弧内の該当する資格に○をつける。）

ア 区域管理者（ 薬剤師 ・ 登録販売者 ）

イ 区域管理者以外の専門家（ 薬剤師 ・ 登録販売者 ）