様式第八十三（第百四十八条関係）

**配 置 販 売 業 許 可 申 請 書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 営業の区域 | | |  |
| 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）配置販売業者の業務を行う役員の氏名 | | |  |
| 通常の営業日及び営業時間 | | |  |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | | |  |
| 申請者（法人にあっては  その業務を行う役員を含む。）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たこと |  |
| (2) | 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと |  |
| (3) | 禁錮以上の刑に処せられたこと |  |
| (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たこと |  |
| 備考 | | |  |

上記により、配置販売業の許可を申請します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　〒

法人にあっては、主

たる事務所の所在地

住所

氏名

法人にあっては、名

称及び代表者の氏名

熊本県知事　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　）　　　－

熊本県収入証紙貼付欄（29,200円分）

（記入上の注意）

１　字は、墨、インク等を用い、書ではっきりと書いてください。

２　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。

３　相談時及び緊急時の連絡先には、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。

４　申請者の欠格事項の(1)欄から(4)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)及び(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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った場合はその年月日を、(4)欄にあってはその違反の事実及び違反した年月日を記載してください。

５　添付書類

* 登記事項証明書（申請者が法人の場合）
* 役員の組織図（申請者が法人の場合）　※　業務を行う役員を明記すること。
* 申請者（法人の場合は業務を行う役員）の診断書
* 管理者、その他の薬剤師又は登録販売者に関して記載した書類（別添）
* 配置に従事する薬剤師、登録販売者の使用関係を証する書類（社員証明書等）

（薬剤師免許証、販売従事登録証については原本提示）

　・　一般用医薬品の適正配置のための指針、業務手順書の写し

　・　手数料29,200円（熊本県収入証紙による。）

別添

管　理　者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 週当たり勤務時間数 |  | | |
| 種別 | 薬　剤　師　　　　・　　　　登録販売者 | | |
| 薬剤師名簿登録番号  又は販売従事登録番号 | 第　　　　　　　号 | 薬剤師名簿登録年月日  又は販売従事登録年月日 | 年　　月　　日 |

その他の薬剤師又は登録販売者

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 週当たり勤務時間数 |  | | |
| 種別 | 薬　剤　師　　　　・　　　　登録販売者 | | |
| 薬剤師名簿登録番号  又は販売従事登録番号 | 第　　　　　　　号 | 薬剤師名簿登録年月日  又は販売従事登録年月日 | 年　　月　　日 |
| ２ | 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 週当たり勤務時間数 |  | | |
| 種別 | 薬　剤　師　　　　・　　　　登録販売者 | | |
| 薬剤師名簿登録番号  又は販売従事登録番号 | 第　　　　　　　号 | 薬剤師名簿登録年月日  又は販売従事登録年月日 | 年　　月　　日 |
| ３ | 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 週当たり勤務時間数 |  | | |
| 種別 | 薬　剤　師　　　　・　　　　登録販売者 | | |
| 薬剤師名簿登録番号  又は販売従事登録番号 | 第　　　　　　　号 | 薬剤師名簿登録年月日  又は販売従事登録年月日 | 年　　月　　日 |
| ４ | 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 週当たり勤務時間数 |  | | |
| 種別 | 薬　剤　師　　　　・　　　　登録販売者 | | |
| 薬剤師名簿登録番号  又は販売従事登録番号 | 第　　　　　　　号 | 薬剤師名簿登録年月日  又は販売従事登録年月日 | 年　　月　　日 |
| ５ | 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒 | | |
| 週当たり勤務時間数 |  | | |
| 種別 | 薬　剤　師　　　　・　　　　登録販売者 | | |
| 薬剤師名簿登録番号  又は販売従事登録番号 | 第　　　　　　　号 | 薬剤師名簿登録年月日  又は販売従事登録年月日 | 年　　月　　日 |

（別紙）

医薬品の販売又は授与を行う体制の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （１）配置する医薬品の区分 | □第１類医薬品　□指定第２類医薬品　□第２類医薬品　□第３類医薬品  （第１類医薬品を配置しない場合は以下の（４），（７）の項目の記載は不要） | | | |
| （２）配置販売業の営業時間 | ・　　　曜日～　　　曜日　　　：　　　～　　　：  ・　　　曜日～　　　曜日　　　：　　　～　　　：  ・　　　曜日～　　　曜日　　　：　　　～　　　： | 営業時間の１週間の総和  　　 ①　　　　時間 | | |
| （３）一般用医薬品を配置販売する時間（顧客の居宅等を訪問し配置販売業務を行う時間） | ・　　　曜日～　　　曜日　　　：　　　～　　　：  ・　　　曜日～　　　曜日　　　：　　　～　　　：  ・　　　曜日～　　　曜日　　　：　　　～　　　： | 薬剤師及び登録販売者が一般用医薬品を配置する勤務時間数の１週間の総和  ②　　　　時間 | | |
| （４）第１類医薬品を配置販売する時間 | ・　　　曜日～　　　曜日　　　：　　　～　　　：  ・　　　曜日～　　　曜日　　　：　　　～　　　：  ・　　　曜日～　　　曜日　　　：　　　～　　　： | 第１類医薬品の配置販売に従事する薬剤師の週当たり勤務時間数の総和  ③　　　　時間 | | |
| (５)熊本県内における薬剤師及び登録販売者の週当たり勤務時間数の総和 | | | ④　　　　　　時間 | |
| (６)薬剤師及び登録販売者が一般用医薬品を配置する勤務時間数の1週間の総和（②）　　　時間  ≧薬剤師及び登録販売者の週当たり勤務時間数の総和／２(④／２) 　　時間 | | | | |
| (７)第１類医薬品の配置販売に従事する薬剤師の週当たり勤務時間数の総和(③)　　　時間  ≧一般用医薬品の配置販売に従事する薬剤師及び登録販売者の週当たり勤務時間数の総和／２(②／２)　　　時間 | | | | |
| (８)一般用医薬品の適正配置を確保するための，指針の策定，従事者に対する研修の実施その他必要な措置が講じられているか | | | | 有・無 |
| (９)次に掲げる事項を講じているか。  ・ 従事者から配置販売業者への事故報告の体制の整備  ・ 一般用医薬品の適正配置のための業務に関する手順書の作成  ・ 一般用医薬品の適正配置のために必要となる情報の収集その他一般用医薬品の適正配置の確保を目的とした改善のための方策 | | | | 有・無 |