

収入証紙 (29,000円分の

貼付欄 奈良県収入証紙を貼付)

様式第八十三

配置販売業許可申請書

営業の区域	奈良県一円
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙のとおり 勤務表(共通様式13)を添付すること
(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氏名	責任役員の氏名を記載して下さい。
通常の営業日及び営業時間	火～金:10:00～19:00、土・日:10:00～20:00、月・祝:定休
相談時及び緊急時の連絡先	電話番号の他、メールアドレス等を記載
申請者(法人にあつては、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)から(7) ない場合は『なし』(法人の場合は、『全員なし』)と記載
備考	省略書類がある場合は、下記の例を参考に記載して下さい。 (※登記事項証明書・薬剤師免許証・雇用契約書は、 年 月 日、許可番号 に係る 許可申請・変更届 に添付済みのため省略)

上記により、配置販売業の許可を申請します。

年 月 日

住所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

TEL

奈良県知事 殿

販売・授与する医薬品の区分		第1類医薬品・ <u>指定第2類医薬品</u> ・ <u>第2類医薬品</u> ・ <u>第3類医薬品</u> 販売・授与する医薬品の区分を○で囲んで下さい。		
併せ行うその他の業務の種類				
区域の 管理者	氏名	奈良 花子		
	住所	奈良市〇〇町△—△		
	週当たり勤務時間数	40時間		
	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	氏名			
	住所			
	週当たりの勤務時間数			
	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
	氏名			
	住所			
	週当たりの勤務時間数			
	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
	氏名			
	住所			
	週当たりの勤務時間数			
	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
氏名				
住所				
週当たりの勤務時間数				
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	

↑
裏書きのある場合は
当初登録年月日を記載

使用関係を証する書類

既に他の申請・届出の添付書類として薬務課に提出済みであって、その内容に変更がない場合は省略可能です。

事業主 住所

氏名

従事者 住所

氏名

1 期間 年 月 日から

現地調査日以前が望ましい

2 勤務方法

① 時間

9時 30分から 22時 30分まで
(シフト制 月 40時間勤務)

労働基準法等に抵触しないか予め確認して下さい。

② 休日

3 給与

月額

時給

1, 700円

土日・20時以降は時給2, 000円

月額又は時給を○で囲む

4 業務

薬局管理者 ・ 店舗管理者 (薬剤師 ・ 登録販売者)

営業所管理者 (薬剤師 ・ 薬剤師以外の者)

区域管理者 (薬剤師 ・ 登録販売者)

医療機器営業所管理者 ・ 毒物劇物取扱責任者

その他の薬剤師 ・ その他の登録販売者

5 その他

担当する業務を○で囲む
兼務も可能

年 月 日

【勤務方法について】

- ・ 従事者がシフト制で勤務する場合は、勤務する可能性のある時間帯を記載し、下段に () でシフト制である旨、及び 週あたりの勤務時間を記載。
- ・ 区域管理者は、常勤で、かつ常時その区域を直接管理することが必要です。但し、常時その区域を直接管理できない場合は、区域管理者以外の薬剤師又は登録販売者のうちから代行者を指定して、その区域を管理させるとともに、業務日誌等で確認するとともに、代行者にその状況を報告させて下さい。

業務従事証明書

年 月 日

薬務 太郎 殿

(従事者の氏名)

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

奈良市法蓮町〇〇

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇 代表取締役 平城 遷都

以下のとおりであることを証明します。

氏名	薬務 太郎 (生年月日 昭和60年12月24日)
住所	〒630-8501 奈良市登大路町30番地 〇〇ハイツ301
販売従事登録年月日 及び登録番号	平成25年1月1日 29-00-00000
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇薬局 第A00000号
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	奈良市法蓮町〇△-△ (配置販売業の場合は、「〇〇県一円」と記載)

1. 業務期間 (2年 0月間)

平成25年1月 ~ 平成27年6月

(このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において
業務に従事した期間 (2年 0月間)
平成25年1月 ~ 平成27年6月)

2. 業務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入）

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

内容を確認し該当する□にレを記入

3. 業務時間（該当する□にレ点を記入）

上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

上記1の期間において、上記2の業務に従事し、通算して合計（ ）時間従事した。

4. 研修の受講（受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

平成27年4月1日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修（6時間）

平成27年4月2日 △△研修 一般用医薬品の知識に関する研修（6時間）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。

実務従事証明書

年 月 日

薬務 太郎 殿

(従事者の氏名)

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

奈良市法蓮町〇〇

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇 代表取締役 平城 遷都

以下のとおりであることを証明します。

氏名	薬務 太郎 (生年月日 昭和60年12月24日)
住所	〒630-8501 奈良市登大路町30番地 〇〇ハイツ301
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇薬局 第A00000号
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	奈良市法蓮町〇△-△ (配置販売業の場合は、「〇〇県一円」と記載してください。)

1. 実務期間（ 2年 0月間）

平成25年1月 ～ 平成27年6月

2. 実務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入）

- 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

内容を確認し該当する□にレを記入

3. 実務時間（該当する□にレ点を記入）

 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計（ ）時間従事した。

4. 研修の受講（外部研修の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

平成27年4月1日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修（6時間）

平成27年4月2日 △△研修 一般用医薬品の知識に関する研修（6時間）

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

勤務状況報告書

年 月 日

薬務 太郎 殿
(従事者の氏名)

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

奈良市法蓮町757

氏名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇薬局 代表取締役 平城 遷都

氏名	薬務 太郎	(生年月日 昭和60年12月24日)
----	-------	--------------------

上記の者の勤務状況について、下記の通り報告します。

なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提出します。

平成 25 年 1 月 15 日 ~ 平成 27 年 6 月 14 日 (過去5年間) の勤務状況

従事期間(1ヶ月単位)	従事日数	勤務時間	従事期間(1ヶ月単位)	従事日数	勤務時間
平成 25 年 1 月 15 日 ~ 2 月 14 日	21 日間	89 時間 45 分	平成 26 年 6 月 15 日 ~ 7 月 14 日	18 日間	82 時間 30 分
平成 25 年 2 月 15 日 ~ 3 月 14 日	18 日間	82 時間 50 分	平成 26 年 7 月 15 日 ~ 8 月 14 日	19 日間	84 時間 15 分
平成 25 年 3 月 15 日 ~ 4 月 14 日	19 日間	84 時間 15 分	平成 26 年 8 月 15 日 ~ 9 月 14 日	20 日間	87 時間 00 分
平成 25 年 4 月 15 日 ~ 5 月 14 日	20 日間	87 時間 00 分	平成 26 年 9 月 15 日 ~ 10 月 14 日	20 日間	87 時間 00 分
平成 25 年 5 月 15 日 ~ 6 月 14 日	17 日間	82 時間 00 分	平成 26 年 10 月 15 日 ~ 11 月 14 日	17 日間	82 時間 00 分
平成 25 年 6 月 15 日 ~ 7 月 14 日	16 日間	81 時間 00 分	平成 26 年 11 月 15 日 ~ 12 月 14 日	16 日間	81 時間 00 分
平成 25 年 7 月 15 日 ~ 8 月 14 日	21 日間	89 時間 45 分	平成 26 年 12 月 15 日 ~ 1 月 14 日	18 日間	82 時間 30 分
平成 25 年 8 月 15 日 ~ 9 月 14 日	18 日間	82 時間 30 分	平成 27 年 1 月 15 日 ~ 2 月 14 日	19 日間	84 時間 15 分
平成 25 年 9 月 15 日 ~ 10 月 14 日	19 日間	84 時間 15 分	平成 27 年 2 月 15 日 ~ 3 月 14 日	20 日間	87 時間 00 分
平成 25 年 10 月 15 日 ~ 11 月 14 日	20 日間	87 時間 00 分	平成 27 年 3 月 15 日 ~ 4 月 14 日	21 日間	89 時間 45 分
平成 25 年 11 月 15 日 ~ 12 月 14 日	17 日間	82 時間 00 分	平成 27 年 4 月 15 日 ~ 5 月 14 日	18 日間	82 時間 30 分
平成 25 年 12 月 15 日 ~ 1 月 14 日	16 日間	81 時間 00 分	平成 27 年 5 月 15 日 ~ 6 月 14 日	19 日間	84 時間 15 分

根拠とした書類(該当する項目に○を付けてください。)

勤務簿写し ・ 出勤簿 ・ タイムカード ・ 賃金台帳

その他(※具体的に記載してください:)

※月の中日から翌月の前日までを1ヶ月単位としてもよい。

※証明書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

※本報告書に虚偽があった場合、および報告書の確認のため根拠としたものの提出を求めた際に、提出できない場合は、証明書が無効となりますので注意してください。