

収入証紙
貼付欄

捨印

様式第八十七

業態が限定する場合は
該当業種のみ○で囲む

高度管理医療機器等 販売業 許可申請書
賃貸業

営業所の名称		
営業所の所在地		テナントビル等に入居している場合は、ビル名及び階数を明記
営業所の構造設備の概要		別紙のとおり
管理者	氏名	
	住所	
兼営事業の種類		同一店舗における兼営事業（毒物劇物販売業、薬局等）を記載
含む その業務の 申請者（法人にあつては 役員を 行なう役員を 含む）の 資格条件	(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	ない場合は『なし』（法人の場合は『全員なし』）と記載 該当事実がある場合はその者についてのみ『氏名と事実』 を記載し、『他の者はなし』と記載する
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと	
	(3) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと	
	(4) 後見開始の審判を受けていること	
備考		①申請理由【 新規・移転・相続・合併・業態変更・仮店舗（ 年 月まで営業予定） 】 ②省略書類【 有（下記※のとおり）・無 】 （※ 登記事項証明書・組織規定図・資格を証する書類・使用関係を証する書類は、平成 年 月、許可番号 に係る 許可申請・変更届 に添付済みのため省略）
		該当する項目があれば○で囲み、必要事項を記載

上記により、高度管理医療機器等の販売業 賃貸業 の許可を申請します。

年 月 日
年月日は空欄で提出

住所
〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

法人の場合は、登記された法人代表者印

氏名
〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

印

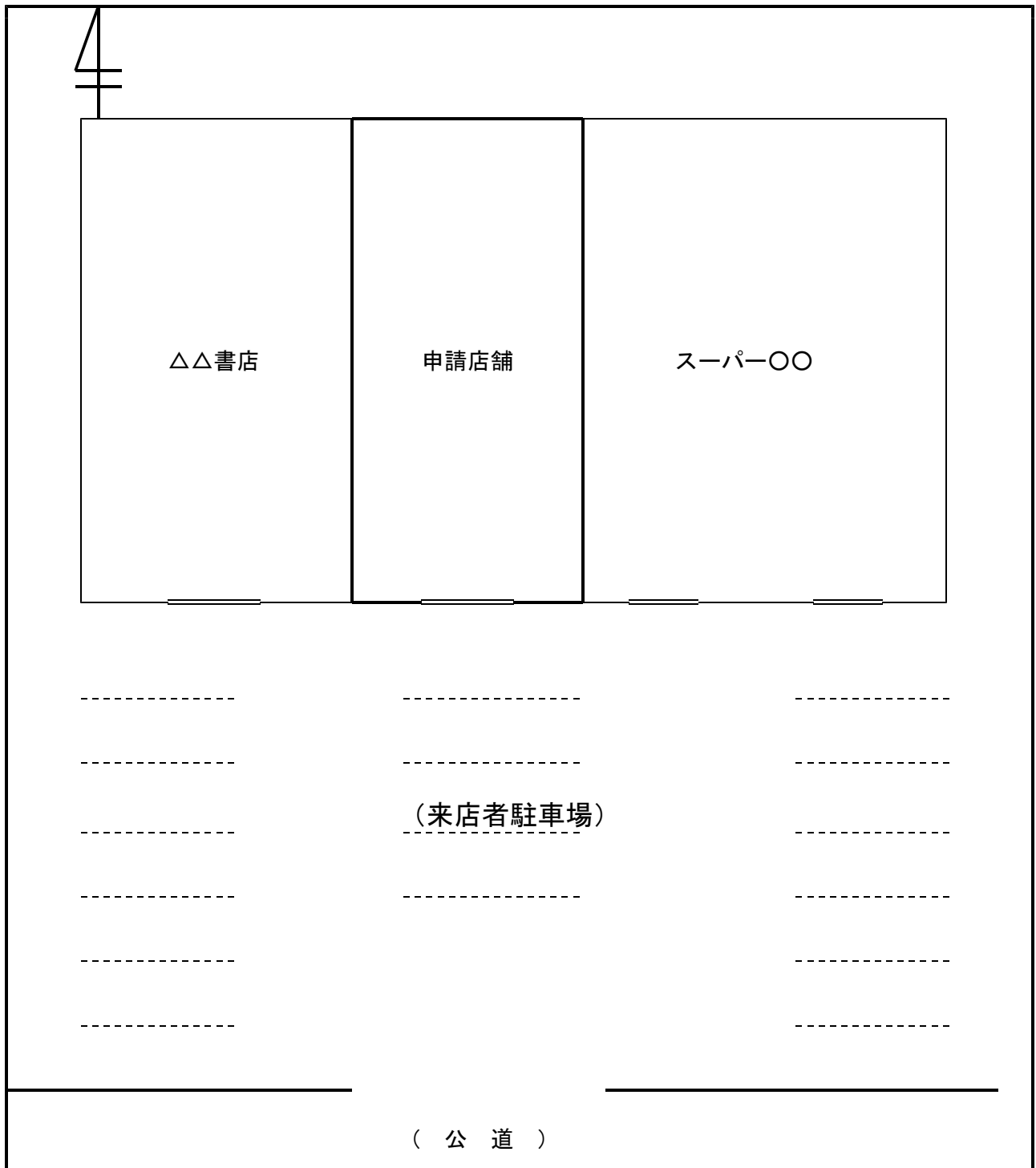
年 月 日生

TEL () -

奈良県知事

殿

店舗敷地内の建物の配置図



(記載上の注意)

- 1 店舗と同一敷地内にある全ての建物（住居、店舗等）、敷地に接する公道、駐車場及び方角を記入すること。
(例：店舗が建物の一画の場合は、その建物全体の見取図を書くこと。)
- 2 建物が高層の場合は、店舗の所在階数を明記し、同一フロアについて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A 4 又は A 3 の用紙とすること。

【共通様式3】

店舗の所在地略図（付近見取図）

所在地	
店舗の電話番号	電話設置前の場合は、設置後に薬務課薬事係迄ご連絡下さい。 薬事係TEL:0742-27-8670
その他の連絡方法	本社の電話番号, F A X等があれば記載

N
↑

実地検査、許可後の薬事監視等に利用しますので、最寄り駅・幹線道路等からの道を詳しく記入してください。
店舗駐車場がある場合は併せて記入してください。

国道○号線

スーパー
△△

申請地
p

○○保育所

近鉄
○○
駅

○○郵便局

他の申請・届出の添付書類として直近3ヶ月以内に、薬務課に提出済みの場合は、省略可能です。

診 断 書

氏 名	申請者(法人にあっては業務担当役員)について記載			性 別	男・女	
生年月日	大正 昭和	年	月	日	年 令	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい）</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>（専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載して下さい。（注1））</p> <p style="text-align: center;">法人の業務担当役員については、当該申請店舗で業務に従事しない場合に限り、法人代表者による誓約書【共通様式6】の提出に代えても結構です。</p> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。</p>						
診断年月日	平成	年	月	日		
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p style="text-align: center;">T e l () (注2)</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						

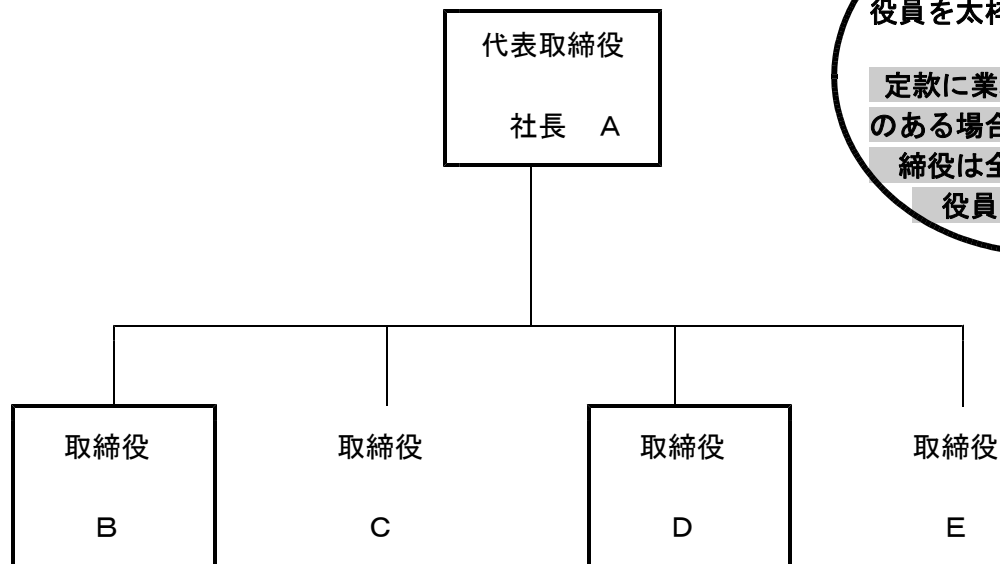
(記載上の注意)

- 1 精神機能の障害の程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。
- 2 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

【共通様式5】

組織規定図

他の申請・届出の添付書類として直近3ヶ月以内に、薬務課に提出済みの場合は、省略可能です。



薬事業務を担当する役員を太枠で囲んで下さい。

定款に業務担当役員の規定のある場合を除き、代表取締役は全員が業務担当役員となります。

当社の組織規定図は、上記のとおりであり、当該許可に係る業務を行う役員は、

の者であることを証明します。

平成 年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

奈良県知事 殿

印



登記された法人代表者印を押印する

(記載上の注意)

- ・ 登記事項証明書に記載されている取締役役員全員を記載し、代表取締役及び当該申請に係る業務を担当する役員については、でその役職及び氏名を囲み明示すること。
- ・ 登記された法人代表者印を押印すること。

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、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

印

法人の場合は、登記された法人代表者印を押印

従事者 住所

氏名

印

1 期 間 平成 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

管理薬剤師・勤務薬剤師・毒物劇物取扱責任者・医療機器営業管理者

5 その他

担当する業務を○で囲む
兼務も可能

平成 年 月 日

【勤務方法について】

- ・勤務時間が固定の場合はその時間帯を記載して下さい。
- ・店舗の営業時間が長く、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 月又は週あたりの勤務時間を記載して下さい。

誓約書

他の申請・届出の添付書類として
直近3ヶ月以内に、薬務課に提出済
みの場合は、省略可能です。

申請店舗で業務に従事しない業務役員について、診断
書に代えて誓約書を提出する場合のみ使用します

私は、下記の者が薬事法（昭和35年法律第145号）第5条第3号イ～ホに該当しないことを誓約
します。

平成 年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

登記された法人代表者印を押印

法人の名称及び代表者の氏名

印

奈良県知事

殿

記

業務役員の住所

業務役員の氏名

組織規定図で□を付した業務担当役員について
必要事項を記載。但し、当該店舗で業務に従事する
役員については、診断書が必要

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

住所は定款に記載された内容と整合していること

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

(記載上の注意)

- 1 当該申請店舗において実地に業務を行う役員については、この誓約書を提出しても無効であり、
診断書が必要である。
- 2 登記された法人代表者印を押印すること。