

許可申請書別紙（薬局・店舗販売業）

（従事者に関する事項）

管理者	フリガナ チクシ イチロウ	週当たりの勤務時間数	40 時間 00 分
	氏名 筑紫 一郎	調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類） <input checked="" type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）
	住所	〇〇〇市〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇	
	資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号 0000000
資格種別	該当する管理者要件（従事期間等） <input checked="" type="checkbox"/> 過去5年間のうち2年（要指導医薬品又は第1類医薬品を取り扱う場合は3年）以上 <input type="checkbox"/> 過去5年間のうち1年以上2年未満（継続的研修及び追加的研修の受講実績 ※受講年月日及びその概要を別紙に記載） <input type="checkbox"/> 通算1年以上（店舗管理者等としての従事期間 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 通算5年以上（5年以上の研修受講実績 ※受講年月日及びその概要を別紙に記載）		
その他の従事者	フリガナ カスヤ フタバ	週当たりの勤務時間数	40 時間 00 分
	氏名 粕屋 二葉	調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類） <input checked="" type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）
	住所	●●●市●●●●●●●-●●●●●●●	
	資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号 1111111
その他の従事者	フリガナ イトシマ ミツコ	週当たりの勤務時間数	30 時間 00 分
	氏名 糸島 三津子	調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤 <input checked="" type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類） <input checked="" type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）
	住所	△△△市△△△△△-△△△△△	
	資格種別	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号 2222222
その他の従事者	フリガナ ムナカタ シロウ	週当たりの勤務時間数	40 時間 00 分
	氏名 宗像 四郎	調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類） <input checked="" type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）
	住所	◇◇◇市◇◇◇◇◇◇◇-◇◇◇◇◇◇◇	
	資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号 3333333
その他の従事者	フリガナ	週当たりの勤務時間数	時間 分
	氏名		
	住所	・ 勤務する薬剤師・登録販売者全員について記載してください。 ・ 「週当たりの勤務時間数」は、通常の勤務体制にて当該薬局で勤務する時間（休憩時間を除く。）により算出してください。 ・ 「調剤・販売の別」は、従事する業務を全て選択してください。	
	資格種別		
			日

(薬局・店舗に関する事項)

取り扱う医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 薬局医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第二類医薬品	<input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第三類医薬品
開店時間 (週当たり時間数)	一週間の総和	84 時間 0 分
	要指導医薬品又は一般用医薬品を販売又は授与する時間	84 時間 0 分
	通常の開店時間から算出してください	上記のうち、要指導医薬品又は第一類医薬品を販売又は授与する時間 30 時間 0 分
各従事者の勤務時間の合計 (週当たり時間数)	調剤を行う薬剤師	0 時間 0 分
	要指導医薬品又は一般用医薬品を販売又は授与する資格者	150 時間 0 分
	従事者に関する事項から算出してください	上記のうち、要指導医薬品又は第一類医薬品を販売又は授与する資格者 30 時間 0 分
一日平均取扱処方箋数	枚	空欄にしてください。
情報提供場所の数	要指導医薬品又は一般用医薬品	1 か所
	上記のうち、要指導医薬品又は第一類医薬品	1 か所
放射性医薬品の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類： 設備の概要：	
兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 薬局製剤 <input type="checkbox"/> 麻薬 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機器 <input type="checkbox"/> 毒物劇物 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬部外品 <input checked="" type="checkbox"/> 化粧品 <input type="checkbox"/> その他 ()	
管理医療機器等販売業及び貸与業	[みなし届出の別(施行令第49条関係)] <input type="checkbox"/> 販売業を行う <input type="checkbox"/> 貸与業を行う <input checked="" type="checkbox"/> 販売貸与業を行う <input type="checkbox"/> 別段の申し出を行う	
取扱う医療機器の種別を全て選択してください。一般医療機器(キズ絆等)のみ取り扱う場合は、特記事項欄の該当項目を選択してください。 取扱う医療機器の種類に応じて別途管理者要件を証する書類を提出する必要があります。詳しくは申請窓口に御相談ください。	[取り扱う医療機器の種別] <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 電気治療器 <input type="checkbox"/> プログラム <input type="checkbox"/> 検体検査室用 <input type="checkbox"/> 上記以外の特定管理医療機器 <input checked="" type="checkbox"/> 家庭用	
	[管理者] (薬局等の管理者と異なる場合) 氏名： 住所： 資格：	
	[特記事項] <input type="checkbox"/> 高度申請済 <input type="checkbox"/> 管理届出済 <input type="checkbox"/> 一般医療機器のみ	

