

店舗販売業許可申請及び 許可後の手続きのしおり

香川県 令和5年3月作成

【目次】

1	申請・届の提出先及び問い合わせ先	1	(6)	廃止届	5
2	申請書等様式の入手方法	1	(7)	店舗販売業店舗外実務従事 許可申請	5
3	店舗販売業許可申請の手続きについて	2	5	参考資料	
4	許可後の諸手続きについて			店舗の概要	6
(1)	変更届	4		各種記載例	7
(2)	許可更新申請	5		業務従事証明書、実務従事証明書	11
(3)	許可証書換え交付申請	5		業務従事確認書、実務従事確認書	13
(4)	許可証再交付申請	5			
(5)	休止届、再開届	5			

1 申請・届の提出先及びお問い合わせ先

窓口	保健所所在地・連絡先	所管地域
小豆保健所 衛生課 (小豆総合事務所内)	〒761-4121 小豆郡土庄町湊崎甲 2079-5 TEL 0879-62-1374 FAX 0879-62-1384	小豆郡(小豆島町、土庄町)
東讃保健所 衛生課 (東讃保健福祉事務所内)	〒769-2401 さぬき市津田町津田 930-2 TEL 0879-29-8270 FAX 0879-42-5881	さぬき市、東かがわ市、木田郡(三木町)、香川郡(直島町)
中讃保健所 衛生課 (中讃保健福祉事務所内)	〒763-0082 丸亀市土器町東八丁目 526 TEL 0877-24-9964 FAX 0877-24-8343	丸亀市、坂出市、善通寺市、綾歌郡(綾川町、宇多津町)、仲多度郡(まんのう町、琴平町、多度津町)
西讃保健所 衛生課 (西讃保健福祉事務所内)	〒768-0067 観音寺市坂本町七丁目 3-18 TEL 0875-25-4383 FAX 0875-25-6432	観音寺市、三豊市

(注意) 高松市内に店舗を構える場合は、高松市保健所 生活衛生課 が窓口となります。
(高松市桜町一丁目10番27号、TEL 087-839-2865(直通))

2 申請書等様式の入手方法

申請書、届書、添付書類等の参考様式は、各保健所窓口に備え付けているほか、香川県ホームページ(<https://www.pref.kagawa.lg.jp/>)からダウンロードすることができます。

香川県ホームページ ⇒ 「県内・総合情報を見る」をクリック
⇒ ページID検索に「17050」を入力し、検索 ⇒ 届出・申請書

3 店舗販売業許可申請の手続きについて

<必要書類>

- ①店舗販売業許可申請書（施行規則様式第76）
- ②添付書類
- ③手数料 30,000円（香川県証紙）

- * 施設の建築・改装前の案の段階で、店舗所在地を管轄する保健所へご相談ください。
- * 施設完成後、許可を必要とする日の遅くとも2週間前までに、店舗所在地を管轄する保健所へ提出してください。

申請時には、次の書類が必要です。黒のインク等を用い、楷書ではっきりと記載してください。

■申請書及び添付書類一覧

書 類		留 意 事 項
(1)	店舗販売業許可申請書 (施行規則様式第76)	参考資料参照
(2)	許可申請書等の別紙 (参考様式★)	参考資料参照
(3)	特定販売に係る届出事項	特定販売を行う場合のみ必要
(4)	登記事項証明書 ※	法人のみ 原本（6か月以内）
(5)	医師の診断書 ※ (参考様式★)	申請者（法人にあっては薬事に関する業務に責任を有する役員）が、精神の機能の障害により業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができないおそれがある場合に限る。（3か月以内のもの）
(6)	薬剤師免許証、販売従事登録証の写し ※	原本を提示 ※店舗管理者が薬剤師法に基づく再教育研修命令を受けた者のときは再教育研修修了登録証の写し
(7)	雇用証明書又は業務従事証明書(参考様式★)	雇用する場合：雇用証明書 法人の役員が資格者として従事する場合：業務従事証明書
(8)	業務体制表及び業務体制表別紙	□参考資料参照 □登録販売者の業務従事期間を把握するため、備考欄に、研修中である旨または従事開始日（○年○月○日から従事）を記載してください。
(9)	登録販売者が店舗管理者となる場合の管理者要件に関する添付書類 *令和5年4月以降、管理者要件見直しによる変更の可能性がります。	<ul style="list-style-type: none"> ・店舗管理者となるための要件に応じ、いずれかの証明書類を添付してください。 ・「従事期間」とは、店舗販売業等において、登録販売者として業務に従事した期間と一般従事者として薬剤師又は登録販売者の管理及び指導の下に実務に従事した期間の合計です。 <p>(1) 登録販売者が、第2類医薬品及び第3類医薬品取扱い店舗（要指導医薬品及び第一類医薬品を取り扱わない店舗）の店舗管理者となる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ①過去5年間のうち、従事期間の合計が通算して2年（1,920時間）以上である場合 <ul style="list-style-type: none"> ・業務従事証明書（別記様式2）：登録販売者の従事証明用 ・実務従事証明書（別記様式3）：一般従事者の従事証明用 ※なお、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してください。（勤務状況報告書等） <p>②過去5年間の従事期間が2年に満たないが、平成21年6月1日以降の従事期間が通算して2年（1,920時間）以上であり、かつ過去に店舗管理者又は区域管理者として業務に従事した経験がある場合</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ・業務従事確認書（別記様式4）：登録販売者の従事証明用 ・実務従事確認書（別記様式5）：一般従事者の従事証明用 ※なお、この確認書に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付してください。（勤務状況報告書等） <p>③過去5年間の従事期間が2年に満たず、過去に店舗管理者又は区域管理者として業務の経験はないが、平成21年6月1日以降の従事期間が通算5年（4,800時間）以上であり、かつ、「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」第1条第1項第14号、第2条第1項第6号、第3条第1項第5号に規定する研修を通算5年以上受講している場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務従事確認書（別記様式4）：登録販売者の従事証明用 ・実務従事確認書（別記様式5）：一般従事者の従事証明用 ※なお、この確認書に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるもの（勤務状況報告書等）、研修修了証の写し等を添付してください。 <p>(2) 登録販売者が、<u>第1類医薬品取扱い店舗</u>の店舗管理者となる場合 過去5年間のうち、薬剤師が管理者である要指導医薬品又は第1類医薬品を販売・授与する店舗等において、登録販売者として業務に従事した期間（店舗管理者・区域管理者としての業務を含む）の合計が通算して3年（2,880時間）以上である場合 ※薬剤師を管理者とすることができない場合に限ります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務従事証明書（別記様式2） ※なお、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してください。（勤務状況報告書等） <p>(3) 登録販売者が、<u>要指導医薬品取扱い店舗</u>の店舗管理者となる場合 過去5年間のうち、薬剤師が管理者である要指導医薬品を販売・授与する店舗等において、登録販売者として業務に従事した期間（店舗管理者・区域管理者としての業務を含む）の合計が通算して3年（2,880時間）以上である場合 ※薬剤師を管理者とすることができない場合に限ります。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・業務従事証明書（別記様式2） ※なお、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してください。（勤務状況報告書等）
(10)	店舗の平面図	<p>参考資料参照</p> <p>(1)店舗の概要</p> <p>(2)平面図(参考資料参照)《次の事項を明記すること》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・店舗の医薬品等売場、医薬品倉庫等の位置及び各寸法(内寸) ・情報提供を行うための設備 ・要指導医薬品、一般用医薬品(リスク区分毎)の陳列場所 ・要指導医薬品、一般用医薬品を販売しない時間帯がある場合の閉鎖設備 ・冷暗貯蔵のための設備、鍵のかかる貯蔵設備 (冷暗貯蔵が必要な医薬品又は毒薬の取扱いがある場合) ・医療機器陳列場所、毒物劇物保管設備(取扱いがある場合)

★の参考様式は、香川県の保健所で独自に作成している様式です。申請書類の作成にあたっては、原則としてこれら様式を使用してください。ただし、必要な内容が全て網羅されていれば、必ずしも参考様式によらなくてもかまいません。詳しくは、各窓口へ事前にお問い合わせください。

《添付書類の省略》

※印のある書類については、既に医薬品医療機器等法関係の申請・届出等にあたって県知事又は県保健所長に提出したことがあり、その内容に変更がなければ、添付を省略することができます。この場合、香川県ホームページ（薬務のページの「届出・申請書」）に掲載している参考様式などにより申し出てください。

4 許可後の諸手続について

(1) 変更届

<必要書類>

- ①変更届書（施行規則様式第6）
- ②変更事項に応じた添付書類

■ あらかじめ変更の届出が必要な事項

主な変更事項		添付書類・注意事項
(1)	店舗の名称	
(2)	相談時・緊急時の電話番号その他連絡先	
(3) 特定 販売 に 関 する 事 項	特定販売の実施の有無	①特定販売に係る届出事項 ②業務体制表及び業務体制表別紙1、2
	ア. 使用する通信手段	インターネット・カタログ・電話等、注文の受領と情報提供を行う手段を記載すること。
	イ. 特定販売を行う医薬品の区分	業務体制表及び業務体制表別紙1、2
	ウ. 特定販売を行う時間	
	エ. 特定販売のみを行う時間	
	オ. 特定販売の広告に表示する名称	特定販売の広告に実店舗の名称と異なる名称を表示する場合のみ。
	カ. 主たるホームページアドレス及び主たるホームページの構成の概要	特定販売を行うことについて、インターネットを利用して広告をする場合のみ
キ. 適切な監督を行うために必要な設備の概要	営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合のみ。	

■ 変更後 30 日以内に変更の届出が必要な事項

主な変更事項		添付書類・注意事項
(1)	開設者の氏名又は住所	<ul style="list-style-type: none"> ■個人の氏名の変更：戸籍謄(抄)本又は戸籍記載事項証明書 ■法人の名称又は住所の変更：登記事項証明書 (変更の履歴がわかるもの)
(2)	(申請者が法人の場合) 薬事に関する業務に責任を有する 役員の氏名 代表者の変更	<ul style="list-style-type: none"> ①登記事項証明書(変更の履歴がわかるもの) ②医師の診断書(新たに薬事に関する業務に責任を有する役員となったものが、精神の機能の障害により業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができないおそれがある場合に限る。(3か月以内のもの))
(3)	店舗管理者 その他の薬剤師 その他の登録販売者 (氏名の変更も含む)	<ul style="list-style-type: none"> ■店舗管理者、その他の薬剤師又は登録販売者の変更 ① 薬剤師免許証又は販売従事登録証の写し(原本を提示) * 薬剤師である店舗管理者が薬剤師法に基づく再教育研修命令を受けた者のときは再教育研修修了登録証の写し ② 雇用証明書(雇用する場合)又は業務従事証明書(法人の役員が資格者として従事する場合) ③ 業務体制表及び業務体制表別紙 ④ 登録販売者が店舗管理者となる場合は、管理者要件に関する添付書類 * 「3 店舗販売業許可申請について」(9)を参照ください。 ■氏名の変更 戸籍謄(抄)本又は戸籍記載事項証明書
(4)	店舗管理者の住所	
(5)	店舗管理者、その他の薬剤師又は登録販売者の週当たり勤務時間数	業務体制表及び業務体制表別紙
(6)	構造設備の主要部分	変更後の平面図
(7)	通常の営業日及び営業時間	業務体制表及び業務体制表別紙
(8)	販売・授与する医薬品の区分	業務体制表及び業務体制表別紙
(9)	兼営事業	

(2) 許可更新申請

許可は6年ごとに更新を受けなければなりません。

引き続き営業する場合は、期限満了前までに許可更新の手続きが必要です。

<必要書類等>

- ①医薬品販売業許可更新申請書（施行規則様式第78）
- ②医薬品販売業許可証
- ③手数料 12,000円（香川県証紙）

(3) 許可証書換え交付申請

許可証の記載事項に変更があった場合には許可証書換え交付申請をすることができます。

<必要書類等>

- ①許可証書換え交付申請書（施行規則様式第3）
- ②医薬品販売業許可証
- ③手数料 2,200円（香川県証紙）

(4) 許可証再交付申請

許可証を紛失したり、汚損した場合には、許可証再交付申請をすることができます。

<必要書類等>

- ①許可証再交付申請書（施行規則様式第4）
- ②医薬品販売業許可証（紛失による再交付申請の場合は不要）
- ③手数料 3,100円（香川県証紙）

(5) 休止届、再開届

営業を休止又は再開した場合には、**30日以内**に届出をしなければなりません。

<必要書類>

休止届書又は再開届書（施行規則様式第8）

- ・休止の場合は、備考欄には休止理由と再開予定年月日を記載すること。
ただし、休止の期間は6か月程度を目途とすること。
- ・再開する場合は、再開届を提出すること。

(6) 廃止届

営業を廃止した場合には、**30日以内**に届出をしなければなりません。

<必要書類>

- ①廃止届書（施行規則様式第8）
- ②医薬品販売業許可証（その他店舗販売業に付随する届出済証等）

(7) 店舗販売業店舗外実務従事許可申請

店舗管理者（薬剤師）が、その店舗以外の場所で薬事に関する業務（学校薬剤師等）に従事する場合（従事場所の変更を含む。）、あらかじめ申請する必要があります。詳しくは各窓口へ事前にお問い合わせください。

<必要書類>

- ①店舗販売業店舗外実務従事許可申請書（施行細則第5号様式）

店舗の概要

店舗の名称： _____

● 店舗の構造

	面積	床の材質	天井の材質	照度 ※2	換気設備
店舗	m ²			ルクス	
医薬品倉庫	m ²			ルクス	
その他 ※1	m ²			ルクス	
計	m ²	※1：医薬品以外の売場、医薬品以外（記録等）の倉庫、事務室、更衣室、便所等を指す。 ※2：薬事監視員が立入調査時に照度を測定するため、申請時は空欄でよい。			

● 医薬品の陳列・貯蔵

医薬品区分	陳列・貯蔵設備（該当するものに印）
要指導医薬品	<input type="checkbox"/> 陳列区画に侵入できない措置 <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 購入者が直接手の触れられない陳列設備
第1類医薬品	<input type="checkbox"/> 陳列区画に侵入できない措置 <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 購入者が直接手の触れられない陳列設備
指定第2類医薬品	<input type="checkbox"/> 情報提供設備から7m以内 <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 陳列設備から1.2m以内の範囲に購入者が侵入できない措置

● 設備・器具等

情報提供設備	か所		
冷暗貯蔵設備	有・無・不要	鍵のかかる貯蔵設備	有・無・不要

● 特定販売のみを行う時間帯がある場合のみ必要な設備

- デジタルカメラ インターネットに接続されたパソコン 店舗内の固定電話及び電話回線

● 掲示物、文書、記録様式その他（準備できているものに印）

- 「店舗の管理運営に関する事項」の掲示
 「要指導医薬品、一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項」の掲示
 従事者区別のための名札
 店舗の管理に関する帳簿（業務日誌）
 医薬品の譲受・譲渡に関する記録
 要指導医薬品及び第1類医薬品の販売・授与の記録
 要指導医薬品等の適正販売等確保のための指針
 要指導医薬品等の適正販売等のための業務手順書
 法令遵守体制に係る各種規程や記録

記載例

様式第七十六（第百三十九条関係）

店舗販売業許可申請書

店舗の名称	香川県庁ドラッグ〇〇店		
店舗の所在地	香川県〇市△町□丁目◇番地 ☆☆モール1階		
店舗の構造設備の概要	別紙平面図のとおり		
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	業務体制表及び業務体制表別紙のとおり	住所表記のとおり記載する。 テナントや大規模店舗等の場合は建物名や階数も記載する。	
(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	香川 県太郎、讃岐 花子		
通常の営業日及び営業時間	月曜日～金曜日 9:00～20:00		
相談時及び緊急時の連絡先	□□□-〇〇〇-△△△△、090-◇◇◇◇-□□□□		
特定販売の実施の有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無		
業務に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する)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、取消の日から3年を経過していない者	全員なし
	(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	全員なし
	(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つた後、3年を経過していない者	全員なし
	(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	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(6)	精神の機能の障害により店舗販売業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	全員なし
	(7)	店舗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	全員なし
備考	令和〇〇年△月◇日許可希望		許可希望日があれば記入する
	冷暗貯蔵が必要な医薬品の取扱いの有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	
	毒薬の取扱いの有無	有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

香川県□□市〇〇町△丁目◇番地

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社 〇〇ドラッグ代表取締役 香川 県太郎

香川県 〇〇 保健所長

殿

連絡先 (TEL)	(□□□) 〇〇〇-△△△△ 担当: 〇〇
-----------	-----------------------

記載例

許可申請書等の別紙

業態		薬局	店舗販売業
管理者 <small>(薬局は 薬剤師のみ)</small>	氏名	〇〇 〇〇	週当たり 勤務時間数 40 時間
	住所	香川県〇市〇町〇丁目〇番地	
	資格	薬剤師 登録販売者 登録番号：第〇〇〇〇〇〇〇号 登録年月日：平成〇年〇月〇日	
その他の 薬剤師又は 登録販売者	氏名	△△ △△	週当たり 勤務時間数 38 時間
	住所	香川県△市△町△丁目△番地	
	資格	薬剤師 登録販売者 登録番号：第〇〇〇〇〇〇〇号 登録年月日：令和〇年〇月〇日	
その他の 薬剤師又は 登録販売者	氏名	□□ □□	週当たり 勤務時間数 40 時間
	住所	香川県□市□町□丁目□番地	
	資格	薬剤師 登録番号：第 〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇 号 登録販売者 登録年月日：令和〇年〇月〇日	
その他の 薬剤師又は 登録販売者	氏名	●● ●●	週当たり 勤務時間数 30 時間
	住所	香川県◇市◇町◇丁目◇番地	
	資格	薬剤師 登録番号：第 〇〇-〇〇-〇〇〇〇〇 号 登録販売者 登録年月日：令和〇年〇月〇日	
兼営事業の種類		<input type="checkbox"/> 医薬品販売業 <small>下欄の「販売・授与する医薬品の区分」にチェック</small> <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造販売業 及び製造業 <input type="checkbox"/> 医療機器販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業	医療機器の貸与業を行わない 場合は、二重線で消す。 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機器販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業
販売・授与する 医薬品の区分		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局医薬品 <small>(薬局製造販売医薬品を除く)</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品
1日平均取扱処方箋数		枚/日	
放射性医薬品 (取り扱おうとする場合)	その種類 必要な 設備の概要	店舗管理者が、その店舗以外の場所 で、業として店舗の管理その他薬事 に関する実務に従事する場合は、そ の旨を記載すること。 また、店舗外実務従事には、別途許可 が必要であるので、店舗所在地を管 轄する保健所へご相談ください。	
備考			

記載例

業務体制表

薬局名・店舗名	香川県庁ドラッグ ●●店
---------	--------------

1 医薬品販売における専門家の週当たり勤務時間数

薬剤師					登録販売者				
氏名	週当たり勤務時間数			備考	氏名	週当たり勤務時間数			備考
	開店時間中 (実店舗)	特定販売のみ を行う時間	計			開店時間中 (実店舗)	特定販売のみ を行う時間	計	
管 ○○ ○○	40:00		40:00		管				
△△ △△	35:00		35:00		□□ □□	40:00		40:00	
					●● ●●	30:00		30:00	
A 開店時間中の週当たり勤務時間数合計				75:00	B 開店時間中の週当たり勤務時間数合計				70:00

2 薬局・店舗の開店時間等（1週間の総和）

開店時間の種類	週当たり 時間数
① 開店時間（実店舗が開店している時間）	77:00
② ①のうち、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間	77:00
③ ②のうち、要指導医薬品又は第1類医薬品を販売等する開店時間	63:00

3 情報提供及び指導を行う場所の数

情報提供及び指導を行う場所の種類	箇所数
④ 要指導医薬品又は一般用医薬品の情報提供場所	1
⑤ ④のうち、要指導医薬品及び第1類医薬品の情報提供場所	1

4 特定販売を行う時間【特定販売を行う場合のみ記入】

特定販売を行う時間の種類	週当たり 時間数
⑥ 営業時間（開店時間 + 特定販売のみを行う時間）	
<input type="checkbox"/> 開店時間と営業時間が同じ場合 → 【業務体制表別紙1】を添付 （開店時間中のみ特定販売を行う場合）	
<input type="checkbox"/> 特定販売のみを行う時間がある場合 → 【業務体制表別紙1及び2】を添付	

5 取扱処方箋数（前年において業務を行った期間が3か月以上である場合のみ）【薬局のみ記入】

総取扱処方箋枚数		枚
【（眼科・耳鼻いんこう科・歯科）×2/3+その他の診療科で算出】		
前年において業務を行った期間及び日数	月 日 ~ 月 日	日間
1日平均処方箋枚数		枚
必要な常勤薬剤師数		人

業務体制表別紙1【開店時間】

薬局名・店舗名：香川県庁ドラッグ ●●店

1 薬局・店舗の開店時間

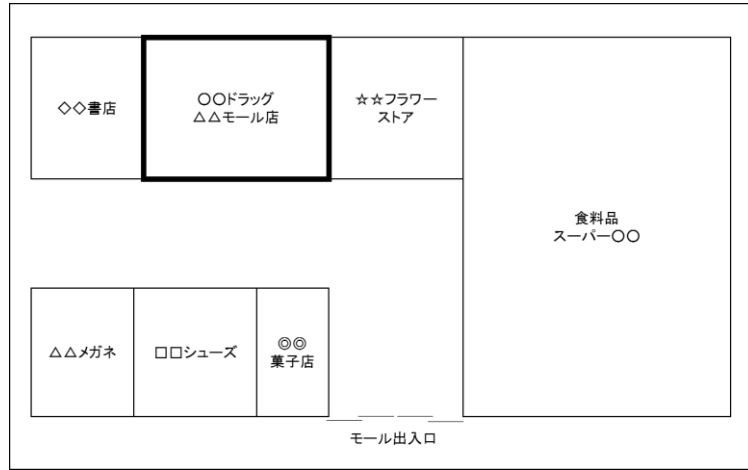
	月		火		水		木		金		土		日		計	備考
	小計		小計		小計		小計		小計		小計		小計			
① 開店時間（実店舗が開店している時間）	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	77:00	
② ①のうち、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	77:00	
③ ②のうち、要指導医薬品又は第1類医薬品を販売等する開店時間	9:00 ~ 18:00	9:00	9:00 ~ 12:00	8:00	9:00 ~ 12:00	8:00	9:00 ~ 12:00	8:00	9:00 ~ 12:00	8:00	9:00 ~ 20:00	11:00	9:00 ~ 20:00	11:00	63:00	

2 薬剤師・登録販売者の勤務時間

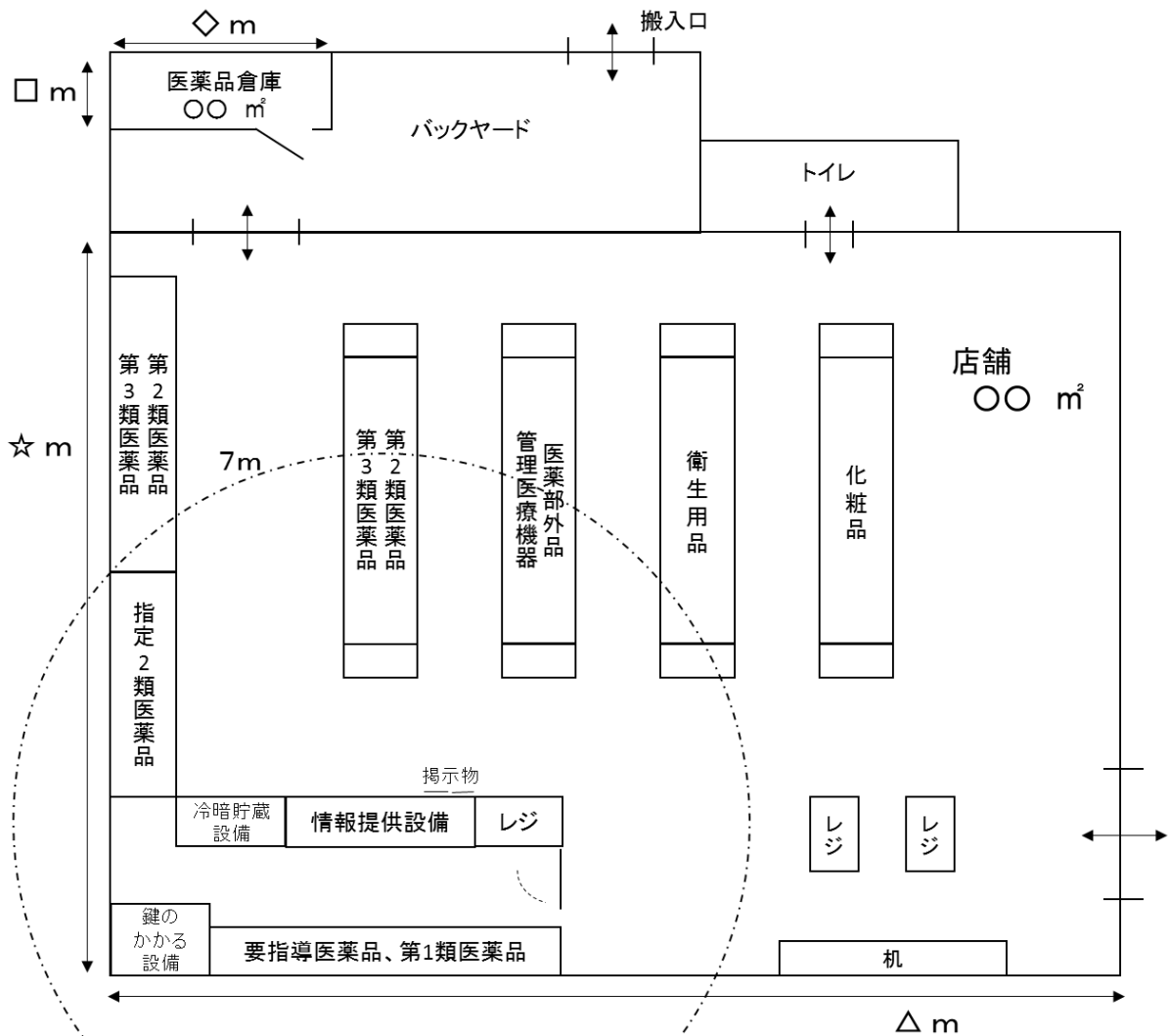
資格者の氏名	月		火		水		木		金		土		日		計	備考
	小計		小計		小計		小計		小計		小計		小計			
【答】薬剤師 ○○ ○○	9:00 ~ 18:00	8:00	9:00 ~ 18:00	8:00	~	~	9:00 ~ 18:00	8:00	~	~	9:00 ~ 18:00	8:00	9:00 ~ 18:00	8:00	40:00	休憩1時間
薬剤師 △△ △△	9:00 ~ 18:00	8:00	~	~	9:00 ~ 18:00	8:00	~	~	9:00 ~ 18:00	8:00	12:00 ~ 20:00	7:00	12:00 ~ 20:00	7:00	38:00	休憩1時間
登録販売者 □□ □□	~	~	9:00 ~ 18:00	8:00	9:00 ~ 18:00	8:00	9:00 ~ 18:00	8:00	9:00 ~ 18:00	8:00	~	~	9:00 ~ 18:00	8:00	40:00	休憩1時間
登録販売者 ●● ●●	15:00 ~ 21:00	6:00	15:00 ~ 21:00	6:00	15:00 ~ 21:00	6:00	15:00 ~ 21:00	6:00	15:00 ~ 21:00	6:00	~	~	~	~	30:00	

記載例

周辺配置図



店舗平面図



業務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 殿

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)

氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1. 業務期間 (年 月間) 年 月 ~ 年 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

(年 月間) 年 月 ~ 年 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

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、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)

(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

(従事者の氏名) 殿

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)

氏名 (法人にあっては名称及び代表者の氏名)

以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1. 実務期間 (年 月間)

年 月 ~ 年 月 (年 月間)

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

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)

(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。

業務従事確認書

年 月 日

都道府県知事（保健所設置市長又は特別区長） 殿

医薬品の販売業者（申請者）
 住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
 氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1. 業務期間（ 年 月間） 年 月 ～ 年 月

業務期間のうち、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

（ 年 月間） 年 月 ～ 年 月

業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間

（ 年 月間） 年 月 ～ 年 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

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、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）

(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 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 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。

実務従事確認書

年 月 日

都道府県知事（保健所設置市長又は特別区長） 殿

医薬品の販売業者（申請者）
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

- 実務期間（ 年 月間）
年 月 ～ 年 月（ 年 月間）
- 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
- 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。
- 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）

(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。
- この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 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。