

店舗販売業許可申請書

店舗の名称	名古屋薬店		
店舗の所在地	名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 名古屋ビル3階		
店舗の構造設備の概要	別紙のとおり		
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙のとおり		
（法人にあっては）薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名	名古屋 二郎、名古屋 三郎		
通常の営業日及び営業時間	別紙のとおり		
相談時及び緊急時の連絡先	別紙のとおり		
特定販売の実施の有無	有 ・ 無		
申請者（法人にあっては、業務に責任を有する役員を含む。）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、取消しの日から3年を経過していない者	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、取消しの日から3年を経過していない者	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	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	なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	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	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	なし
備考	抗原検査キット時間外販売対応 メールアドレス：〇〇〇〇〇〇@〇〇〇 電話（店舗）（052）〇〇〇－〇〇〇〇 担当者名（ 〇〇 〇〇 ） 連絡先（〇〇〇）〇〇〇－〇〇〇〇		

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

〇〇年〇〇月〇〇日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
名古屋市中区三の丸三丁目1番1号
氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇〇〇
代表取締役 名古屋 二郎

名古屋市長 殿