

動物用医薬品店舗販売業許可申請書

様式:許可申請書
(Word File:29KB)

現在の知事名を記入下さい。

書類を持参する日(郵送の場合は投函する日付)を記入下さい。

平成 29 年 4 月 1 日

千葉県知事 **鈴木 栄治** 様

法人による申請の場合は、登記時に登録した代表者印を捺印ください。

個人による申請の場合は、自筆であれば印鑑は不要です。自筆でなければ個人印を捺印ください。

住所

千葉県千葉市中央区市場町1-1

氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

**株式会社ドーヤク
代表取締役 千葉 太郎**

印

法人の場合は、代表者名も記入ください。「代表取締役」「代表取締役社長」など、書類ごとに違う肩書が記載されている場合がありますので、注意してください。

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(医薬品医療機器等法)の規定により動物用医薬品店舗販売業の許可を受けたいの

個人の場合は、氏名を記入ください。(店舗名等は不要)

記

1 店舗の名称及び所在地

名称 **ドーヤクショップ 千葉店**
所在地 **千葉市花見川区三角町〇〇**

2 店舗の構造設備の概要

別紙のとおり 2ページへ

3 店舗において医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要

別紙のとおり 3ページへ

4 法人にあつては、店舗販売業者の業務を行う役員の氏名

別紙「組織図(または業務分掌表)」のとおり

様式不問。5ページの例を参考に、どちらかを添付ください。

5 相談に応ずる電話番号その他の連絡先

(043) - 250 - 〇〇 × × 9ページに対応

6 特定販売の実施の有無

無し 9ページに対応

7 店舗において店舗販売業以外の医薬品の販売業その他の業務を併せ行う場合にあつては、当該業務の種類

医薬品店舗販売業

当該店舗において、他に医薬品医療機器等法に基づく許可を受けている場合は記入ください。

8 参考事項

担当者氏名 **丹藤 作朗**
連絡先 TEL **(043) - 252 - 〇〇 × ×**

許可申請等手続きを行う担当者を記入ください。

別途提出したことから書類を省略する場合は、その旨を記入ください。

※登記事項証明書は、平成〇〇年×月△日付けで千葉県〇〇家畜保健衛生所に「動物用〇〇〇業許可申請書」(ドーヤクショップ △△店)とともに提出したため、省略する。

店舗（営業所）の名称	ドーヤクショップ 千葉店
店舗（営業所）の所在地	〒 262 - 0011 千葉市花見川区三角町〇〇 電 話 (043) 250 - 〇〇×× FAX (043) 286 - ××△△
店舗（営業所）の構造	鉄骨造 2 階建の 1 階部分 の(一部 ・ 全部)

※平面図は別添でも構いません

別添の店舗図のとおり

詳細な店舗平面図がある場合、このように記入して平面図を添付ください。
平面図には、動物用医薬品を陳列する場所を明記ください。

該当するものを選択ください。

記入上の注意

- 1 店舗（営業所）の幅、奥行きを明記（方形でない場合は各辺の長さを明記）すること。
- 2 主要な出入口を明記すること。
- 3 かぎのかかる保管庫、冷暗貯蔵設備の有無を下記に記入し、ある場合はその位置を明記すること。
保管庫 (有 ・ 無) , 冷暗貯蔵設備 (有 ・ 無)
- 4 動物用医薬品の陳列場所を明記すること。
- 5 指定医薬品の陳列場所を明記すること。

様式：業務を行う体制の概要様式例
(Word File:15KB)

店舗を管理する薬剤師または登録販売者を記入ください。
また、雇用証書（4ページ参照）と、薬剤師免許証または
登録販売者の登録証の写しを添付ください。

店舗管理者以外で薬事実務に従事する薬剤師または登録販売者
を記入ください。
また、管理者について雇用証書（4ページ参照）と、薬剤師
免許証または登録販売者の登録証の写しを添付ください。

(別紙) 店舗において医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要

曜日	店舗営業時間	営業時間外 相談応授時間	店舗管理者 氏名) 管理 一郎 勤務時間	薬剤師・登録販売者① 氏名) 実務 次郎 勤務時間	薬剤師・登録販売者② 氏名) 勤務時間
月	10:00 ~ 20:00	20:00 ~ 21:00	10:00 ~ 17:00	~	~
火	10:00 ~ 20:00	20:00 ~ 21:00	10:00 ~ 17:00	~	~
水	10:00 ~ 20:00	20:00 ~ 21:00	10:00 ~ 17:00	10:00 ~ 17:00	~
木	10:00 ~ 20:00	20:00 ~ 21:00	10:00 ~ 17:00	10:00 ~ 17:00	~
金	10:00 ~ 20:00	20:00 ~ 21:00	10:00 ~ 17:00	10:00 ~ 17:00	~
土	10:00 ~ 17:00	~	~	10:00 ~ 17:00	~
日	~	~	~	10:00 ~ 17:00	~

営業時間外において、購買者からの医薬品に関する相談に対応できる
時間を記入ください。
(営業時間外の対応は難しい場合は記入しなくて構いません。)

※店舗管理者には、原則として他の店舗で働いている人が
なることはできません。

3ページに記入した「店舗管理者」および「店舗管理者以外の薬剤師または登録販売者」全員について、この雇用証書および資格を証する書類（薬剤師免許証または登録証）の写しが必要です。

雇 用 証 書

私どもは下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

資格を証する書類について、原本確認のご協力をお願いしております。法人にあって原本持ち込みが難しい場合は、書類の写しに原本と相違ない旨を代表者名で明記することで代えることとします。

平成 29 年 3 月 〇 日

法人にあっては、登記時に登録した代表者印を捺印ください。
個人にあっては個人印を捺印ください。

雇用者 住 所 千葉県千葉市中央区市
氏 名 株式会社ドーヤク
代表取締役 千葉 太郎



※ 雇用主が法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称、代表者名を記載

被雇用者 住 所 千葉県船橋市〇〇
氏 名 管理 一郎

個人印を捺印ください。
(代表者が管理者の場合も)



記

兼務する業務がある場合、全てにチェックを入れてください。

- 1 業務内容 ※該当するものにチェック
- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> 管理薬剤師 | <input type="checkbox"/> 実務従事薬剤師 |
| <input type="checkbox"/> 管理登録販売者 | <input type="checkbox"/> 実務従事登録販売者 |
| <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器営業管理者 | <input type="checkbox"/> 管理医療機器営業管理者 |

2 勤務場所

所在地 ドーヤクショップ 千葉店
名 称 千葉市花見川区三角町〇〇

3ページの内容と合致しているか注意してください。

3 勤務時間 10時00分 から 17時00分

4 休 日 土曜日、日曜日

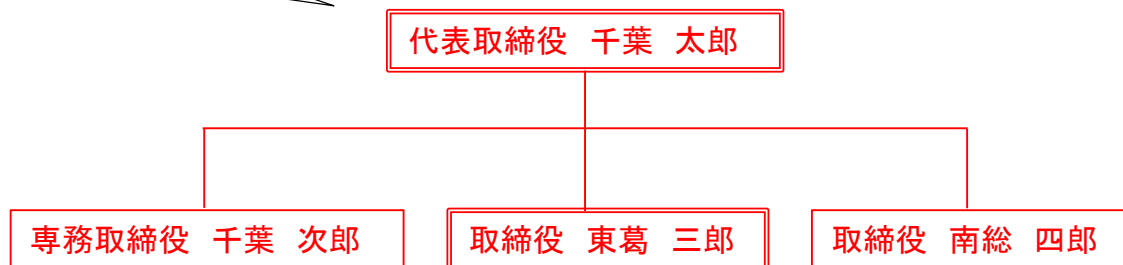
5 備 考

※管理者が登録販売者の場合、実務または業務従事証明書(10~11ページ参照)が必要になりますので、事前にご相談ください。
※薬剤師・登録販売者が派遣の場合は事前にご相談ください。

申請者が法人であるときに必要な添付書類

組織図を添付する場合

組織図



の者が、動物用医薬品の業務を行う役員であることを証する。

平成 29 年 3 月 ○ 日 住所 千葉県千葉市中央区市場町1-1

氏名 株式会社ドーヤク
代表取締役 千葉 太郎

印

業務分掌表を添付する場合

業務分掌表

	役職	氏名
○	代表取締役	千葉 太郎
	専務取締役	千葉 次郎
○	取締役	東葛 三郎
	取締役	南総 四郎

登記時に登録した代表者印を捺印ください。

上記のうち、○がついた者が動物用医薬品の業務を行う役員であることを証する。

平成 29 年 3 月 ○ 日 住所 千葉県千葉市中央区市場町1-1

氏名 株式会社ドーヤク
代表取締役 千葉 太郎

印

法人においては、上記のような組織図、または業務分掌表に加え、登記事項証明書が必要です。法務局への申請から交付まで多少時間がかかりますので、早めの手配をお願いします。

法人の場合は代表者と動物用医薬品の業務を行う役員全員（5ページに対応）について、個人の場合は申請者について必要な添付書類

誓 約 書

平成 29 年 3 月 〇 日

千葉県知事 **鈴木 栄治** 様

法人にあつては、登記時に登録した代表者印を捺印ください。
個人にあつては個人印を捺印ください。

現在の知事名を記入ください。

住 所 **千葉県千葉市中央区市場町1-**

氏 名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）印
株式会社ドーヤク代表取締役 千葉太郎

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下「医薬品医療機器等法」という。）第5条第3号に該当することの有無に関し、下記のとおり相違ないことを誓約します。

記

- 住所及び氏名
住所 **千葉県市川市〇〇**
氏名 **東葛 三郎**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号イに該当の有無 **該当しない**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号ロに該当の有無 **該当しない**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号ハに該当の有無 **該当しない**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号ニに該当の有無 **該当しない**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号ホ中成年被後見人に該当の有無 **該当しない**
- 医薬品医療機器等法第5条第3号ヘに該当の有無 **該当しない**

参考

イ 第七十五条第一項の規定により許可を取り消され、取消しの日から三年を経過していない者
ロ 第七十五条の二第一項の規定により登録を取り消され、取消しの日から三年を経過していない者
ハ 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、三年を経過していない者
ニ イからハマまでに該当する者を除くほか、この法律、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法（昭和二十五年法律第三百三号）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二年を経過していない者ホ 成年被後見人又は麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者
へ 心身の障害により薬局開設者の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの

法人の場合は代表者と動物用医薬品の業務を行う役員全員（5ページに対応）について、個人の場合は申請者について必要な添付書類

診 断 書

氏 名 千葉県市川市〇〇 性別 男

住 所 東葛 三郎

生年月日 昭和〇〇年 ×月 △日 年齢 ××

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 精神機能の障害 : なし ・ あり

ありの場合、具体的な状況 :

※詳細については別紙も可

2 麻薬・大麻・あへん・覚せい剤の中毒 : なし ・ あり

概ね3ヵ月位内のものを用意ください。

診断年月日 平成29年 3月 〇日

病院・診療所名 ××医院

所在地 松戸市〇×

医師 医師 一郎

印

申請者が法人であるときは、医師の診断書（7ページ参照）に代えて、疎明書の提出とすることができます。診断書と同様に役員全員について必要です。

疎明書

千葉県知事 鈴木 栄治 様

現在の知事名を記入ください。

私は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第5条第3号ホに規定する麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でないこと及び同号へに規定する精神機能の障害により、欠格事由に該当する者ではないことを疎明いたします。

概ね3ヵ月位内のものを用意ください。

平成 29 年 3 月 〇 日

住 所 千葉県市川市〇〇

氏 名 東葛 三郎

個人印を捺印ください。

印

生年月日 昭和〇〇 年 × 月 △ 日

様式：販売する動物用医薬品区分、相談に応ずる電話番号及び特定販売する手段の記載様式例 (Word File:18KB)

販売医薬品の区分、相談に応ずる電話番号及び特定販売の方法

1 販売医薬品の区分

販売等する医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 指定医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定医薬品以外の医薬品
-------------	---

扱う医薬品の区分により、以下の者が管理者であることが必要です。
 指定医薬品:薬剤師
 指定医薬品以外の医薬品:
 薬剤師または登録販売者

※ □については、該当するもの全てにレ点をつけること。

2 相談に応ずる電話番号その他の連絡先

Tel : (043) - 250 - 〇〇××

Fax: (043) - 286 - ××△△

Mail: _____

購入者が医薬品について相談を行う時、その連絡先となる電話番号などについて記入下さい。

特定販売とは、インターネットなどを用いてその店舗以外の場所にいる者に対して行う医薬品の販売のことです。

3 特定販売に関する業務の概要 特定販売の有無：(有・無)

特定販売を行う際に使用する通信手段※1	<input checked="" type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> F A X <input type="checkbox"/> その他 ()	
販売等する医薬品の区分※1	<input type="checkbox"/> 指定医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定医薬品以外の医薬品	
特定販売の広告に薬局又は店舗の名称と異なる名称の表示※2	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	<名称> WEBでドーヤクショップ
特定販売の広告にインターネットを利用する場合の主たるホームページアドレス※3	※ 複数ある場合は全て記載すること。 アドレス http://〇〇×× 閲覧パスワード △△××〇	
備考※4	<p style="border: 2px solid blue; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> 特定販売を行う場合、ホームページのテストページやレイアウト案、チラシやカタログ資料を添付ください。掲載内容の確認を行います。 </p>	

※1 □については、該当するもの全てにレ点をつけること。

※2 「有・無」については該当するものに○をつけ、有の場合は右側にその内容を記載すること。

※3 複数のホームページを開設している場合は、それら全ての主たるホームページアドレスを記載する。また、当該ホームページの閲覧にパスワードが必要な場合は併せて記載する。

※4 ホームページを開設せず、アプリケーションソフト等を利用して特定販売を行う場合は、その旨を記載し、当該ソフトの入手方法等に関する資料を添付する。

管理者が登録販売者の場合、必要に応じて提出する書類

試験に合格した年度により、過去5年間で24ヵ月以上の実務または業務に従事した証明が必要となる場合があります。

千葉県知事 殿

実務従事証明書

平成29年 3月 〇日

法人による申請の場合は、登記時に登録した代表者印を捺印ください。
個人による申請の場合は、自筆であれば印鑑は不要です。自筆でなければ個人印を捺印ください。

医薬品の販売業者名 株式会社テンポ

代表者氏名 代表取締役 南部 四郎

(許可番号：28南店〇〇〇)

管理者氏名 南部 五郎

印

印

自筆であれば印鑑は不要です。自筆でなければ個人印を捺印ください。

下記の者の実務は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	管理 次郎 (生年月日：昭和××年 〇月 〇日)
住所	〒 260-×××× 千葉県××市〇〇
店舗、配置又は卸売販売業の名称	株式会社テンポ 〇〇店
店舗の所在地、配置販売業の区域又は営業所の所在地	千葉県鴨川市××

1 実務期間：平成26年 4月 ～ 平成28年 4月 (2年 0月間)

2 実務内容

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

- 主に動物用医薬品の販売等の直接の実務
- 動物用医薬品の販売時の情報提供実務又はその内容を知ることができる実務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品に関する相談対応実務又はその内容を知ることができる実務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品の販売制度の内容等の説明実務又はその内容を知ることができる実務
- 動物用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- 動物用医薬品の陳列や広告に関する実務

3 実務時間 (該当する場合、□にレを記入)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。

(日本工業規格A4)

備考 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こと

上記内容を証明する書類の写しを添付します。

管理者が登録販売者の場合、必要に応じて提出する書類

試験に合格した年度により、過去5年間で24ヵ月以上の実務または業務に従事した証明が必要となる場合があります。

千葉県知事 殿

業務従事証明書

平成29年 3月 〇日

法人による申請の場合は、登記時に登録した代表者印を捺印ください。

個人による申請の場合は、自筆であれば印鑑は不要です。自筆でなければ個人印を捺印ください。

医薬品の販売業者名 株式会社テンポ

代表者氏名 代表取締役 南部 四郎

(許可番号：28南店〇〇〇)

管理者氏名 南部 五郎

印

印

自筆であれば印鑑は不要です。自筆でなければ個人印を捺印ください。

下記の者の業務は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	管理 次郎 (生年月日：昭和××年 〇月 〇日)
住所	〒 260-×××× 千葉県××市〇〇
店舗、配置又は卸売販売業の名称	株式会社テンポ 〇〇店
店舗の所在地、配置販売業の区域又は営業所の所在地	千葉県鴨川市××

1 業務期間：平成26年 4月 ～ 平成28年 4月 (2年 0月間)

2 業務内容

(期間内に登録販売者として行われた業務に該当する□にレを記入)

- 主に動物用医薬品の販売等の直接の業務
- 動物用医薬品の販売時の情報提供業務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品に関する相談対応業務 (卸売販売業を除く。)
- 動物用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 動物用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 動物用医薬品の陳列や広告に関する業務

3 業務時間 (該当する場合、□にレを記入)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

(日本工業規格A4)

備考 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こと

上記内容を証明する書類の写しを添付します。