

**様式第八十三**（第百四十八条関係）　配置販売業許可申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業の区域 | | | 大阪府一円 | |
| 医薬品の販売又は授与を  行う体制の概要 | | | 別紙のとおり | |
| （法人にあつては）  薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名 | | |  | |
| 通常の営業日及び営業時間 | | |  | |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | | |  | |
| 申請者（法人にあつては、薬事に関する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 | |  |
| (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 | |  |
| (3) | 拘禁刑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 | |  |
| (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 | |  |
| （5） | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | |  |
| (6) | 精神の機能の障害により配置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 | |  |
| (7) | 配置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 | |  |
| 区域において販売し、又は授与する  医薬品の区分 | | | □第一類医薬品　　　　　　　□指定第二類医薬品  □第二類医薬品　　　　　 　□第三類医薬品 | |
| 兼営事業の種類 | | | □医薬品･医薬部外品･化粧品の販売  □高度管理医療機器等販売業・貸与業　　　□毒物劇物販売業 | |
| 備考 | | | **●（区域管理者）薬剤師・登録販売者（区域管理者を補佐する薬剤師の設置あり・なし）**  **●連絡先：**  ●次の書類を下記の　申請書　／　届出に添付済みのため省略します。 □登記事項証明書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 名称：　　　　　　　　　　許可番号：  提出年月日： | |

上記により、配置販売業の許可を申請します。

　　年　　月　　日　　　　住　所法人にあっては、主たる事業所の所在地

氏　名法人にあっては名称及び代表者の氏名

大阪府知事　殿

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：

**配置販売業許可申請書**（記載時の留意点）

1. 営業の区域

* 「大阪府一円」と記載してください。

1. 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要

◆　「別紙のとおり」と記載し、「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」で規定されている「指針」「手順書」を別紙で添付してください。申請時には、指針・手順書とそれらの概要を示すもの（配置販売業許可申請の手引きを参照）を提出してください。

1. （法人の場合にあっては）薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名

◆　薬事に関する業務に責任を有する役員が複数名いる場合は、当該役員全員の氏名を記載してください。

◆　代表取締役（代表執行役）は全ての業務の決定権があるため、全員が薬事に関する業務に責任を有する役員となります。

1. 通常の営業日及び営業時間

◆　「月～金９時～１８時、土９時～１４時」のように営業日・営業時間を記載してください。

1. 相談時及び緊急時の連絡先

◆　緊急時に連絡が取れる電話番号・メールアドレス等を記載してください。

1. 申請者の欠格事項

◆　(1)欄から（７）欄までには、当該事実がないときには「なし」（申請者が法人の場合で役員が複数名いる場合は「全員なし」）と記載してください。当該事実があるときは、(1)、(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)欄にあってはその違反の事実及び違反した年月日を記載してください。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障がいに係る医師の診断書を添付してください。

⑦　　区域において販売し、又は授与する医薬品の区分

* 医薬品の区分について、該当する箇所に印（☑）をつけてください。

⑧　　兼営事業の種類

* 兼営事業について、該当する箇所に印（☑）をつけてください。

⑨　　　備考欄

* 区域管理者の資格に関して、該当する箇所を○で囲んでください。
* 省略する添付書類に印（☑）をつけてください。また、該当書類を添付した店舗等の許可番号、提出年月日等を記載してください。

⑩　　申請年月日

　　◆　申請書を提出する日付を記載してください。

⑪　　申請者の住所、氏名

* 個人の場合は現住所、法人の場合には登記された本社の所在地を記載してください。
* 個人の場合は、個人名を記載し、法人の場合は登記された商号および代表者名を記載してください。

⑫　連絡先

* 担当者名及び電話番号を記載してください。

**配置販売業許可申請書（記載例）**

配置販売業許可申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業の区域 | | | 大阪府一円 | |
| 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 | | | 〇〇　〇〇、□□　□ | |
| 通常の営業日及び営業時間 | | | 月曜～金曜　〇時～〇時　　　土曜　〇時～〇時 | |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | | | ０９０－００００－００００ | |
| 申請者（法人にあつては、薬事に関する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 | | 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、取消しの日から３年を経過していない者 | | 全員なし |
| (3) | 拘禁刑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配置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) | 配置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 |
| 区域において販売し、又は授与する  医薬品の区分 | | | □第一類医薬品　　　　　　　□指定第二類医薬品  □第二類医薬品　　　　　 　□第三類医薬品 | |
| 兼営事業の種類 | | | □医薬品･医薬部外品･化粧品の販売  □高度管理医療機器等販売業・貸与業　　　□毒物劇物販売業 | |
| 備考 | | | **●（区域管理者）薬剤師・登録販売者（区域管理者を補佐する薬剤師の設置あり・なし）**  **●連絡先：**  ●次の書類を下記の　申請書　／　届出に添付済みのため省略します。 ☑登記事項証明書  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 名称：　　□□□□　　　　　　　　許可番号：H00000号  提出年月日：平成21年１月10日 | |

上記により、配置販売業の許可を申請します。

○○年○○月○○日

住　所法人にあっては、主たる事業所の所在地　○○市○○町○丁目○番○号

氏　名法人にあっては名称及び代表者の氏名　株式会社　○○○○

　　　　　　　　　　　　代表取締役　○○　○○

大阪府知事　殿

〔連絡先〕　担当者名：００　００

　　　　　　電話番号：０６－００００－００００