

## はじめて店舗販売業をされる方へ

- 1 店舗販売業とは  
要指導医薬品又は一般用医薬品を、店舗において販売し、又は授与する業務です。
- 2 店舗許可申請について
  - (1) 申請書の提出先は最終ページを参照してください。
  - (2) 申請所在地が神戸市、姫路市、尼崎市、明石市及び西宮市にある場合は、各市保健所にお問い合わせください。

【新たな許可が必要な場合】

  - はじめて店舗販売業を行う場合。
  - 店舗販売業者の人格（名義）が変わる場合（個人 法人など）。
  - 施設を別の場所に移転させる場合。
  - 施設を全面改装するなど以前と同一性が認められない場合。
  - 許可の有効期限が満了するまでに更新申請をしなかった場合。

申請前に、申請先へお問い合わせ願います。
- 3 許可を受けるための必要な条件（詳細は、兵庫県薬局等許可審査基準及び指導基準を参照）
  - (1) 構造設備が、定められた基準に適合していること。
  - (2) その店舗において、医薬品の販売又は授与の業務を行う体制が、定められた基準に適合していること。
  - (3) 管理者を設置し、店舗を実地に管理すること。（店舗販売業者は、薬剤師又は登録販売者を雇用して管理させてもよい。）
  - (4) 申請者（申請者が法人であるときは、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む）が医薬品医療機器等法で定められた欠格条項に該当しないこと。
- 4 申請手数料  
29,000円（兵庫県収入証紙を購入してください。）

5 許可申請に必要な提出書類一覧（ は必要書類 は該当する場合は必要）

提出書類	個人で申請する場合	法人で申請する場合
店舗販売業許可申請書 <sup>1</sup>		
店舗の構造設備の概要 <sup>2</sup>		
付近の見取図・建物の配置図・店舗の平面図		
履歴事項全部証明書（発行後3か月以内のもの）		
管理者及びその他の薬剤師・登録販売者の「氏名」「住所」「週当たりの勤務時間数」「薬剤師名簿の登録番号及び登録年月日又は販売従事登録の登録番号及び登録年月日」を記載した書類 <sup>3</sup>		
管理者の使用関係証書 <sup>4</sup>		
その他薬剤師・登録販売者の使用関係証書 <sup>5</sup>		
勤務表 <sup>6</sup>		
特定販売を行う場合、特定販売に関して厚生労働省令で定める事項を記載した書類 <sup>7</sup>		
体制省令で求められている指針・手順書		
資格を証する書類 <sup>8</sup>		
申請者が精神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者である場合のみ申請者の医師の診断書（発行後3か月以内のもの）		

- 1 店舗販売業許可申請書
  - ・ 所定の様式（別紙1）を用いて作成してください。
- 2 構造設備の概要
  - ・ 所定の様式（別紙2）を用いて作成してください。
- 3 管理者及びその他薬剤師・登録販売者の「氏名」「住所」等を記載した書類
  - ・ 所定の様式（別紙3）を用いて作成してください。
- 4 管理者の使用関係証書
  - ・ 使用関係証書は雇用契約書の写し（原本を持参してください。）又は雇用証書（原本に限る）が必要です。ただし申請者が管理者を兼務する場合は次のとおりとします。
    - ア 申請者が個人の場合で管理者を兼務する場合は不要です。
    - イ 申請者が法人の場合で取締役（執行役）が管理者を兼務する場合には、当該薬局を実際に管理させる旨の誓約書（別紙4）を提出してください。
- 5 その他薬剤師・登録販売者の使用関係証書
  - ・ その他薬剤師・登録販売者を雇用する場合は提出してください。
  - ・ 開設者（法人の場合は取締役（執行役））が兼務する際は不要です。
- 6 勤務表
  - ・ 所定の様式（別紙5）を用いて作成してください。
  - ・ 薬剤師・登録販売者が1名の場合であっても提出してください。
- 7 特定販売を行う場合、特定販売に関して厚生労働省令で定める事項を記載した書類
  - ・ 所定の様式（別紙6）を用いて作成してください。
- 8 資格を証する書類
  - ・ 薬剤師の場合：薬剤師免許証の原本（窓口で確認後、返却します。）
  - ・ 登録販売者の場合：販売従事登録証の原本（窓口で確認後、返却します。）

店舗管理者については、以下の書類をあわせて提出してください。

管理者		要件	提出書類
薬剤師		-	-
登録販売者	第二類、第三類医薬品のみ扱う場合(右のいずれかの要件に該当)	ア 過去5年のうち2年以上の業務(実務)従事経験がある	業務(実務)従事証明書 <sup>9</sup> の原本(窓口で確認後、返却します。)
		イ 通算2年以上の業務(実務)従事経験及び店舗管理者等としての業務経験がある	業務(実務)従事証明書の原本(窓口で確認後、返却します。) 又は業務(実務)経験確認書 <sup>10</sup>
		ウ 通算5年以上の業務(実務)従事経験及び研修の受講実績がある	ウについては、加えて研修の受講済証(窓口で確認後、返却します。)
	【薬剤師を管理者とできない場合】 要指導医薬品又は第一類医薬品を扱う場合(右のいずれか要件に該当)	薬剤師が管理者かつ要指導医薬品若しくは第一類医薬品を販売等する薬局、店舗販売業等で、過去5年のうち3年以上の業務従事経験がある  要指導医薬品又は第一類医薬品を販売等する店舗等で、過去5年のうち3年以上、管理者として業務従事経験がある	業務従事証明書の原本(窓口で確認後、返却します。)  医薬品医療機器等法施行規則第140条第2項(平成26年2月10日厚生労働省令第8号附則第6条第2項を含む。)に該当することが確認できるもの。
特定管理医療機器を販売する場合	医療機器基礎講習受講者等	医療機器の販売管理者の氏名及び住所を記載した書類(申請書備考欄に記載でもよい)  「医療機器基礎講習」修了証等の写し及び原本窓口で確認後、返却します。	

9 登録販売者として業務に従事したことを証明する場合は「業務従事証明書」(別紙7)を提出してください。一般従事者として実務に従事したことを証明する場合は「実務従事証明書」(別紙8)を提出してください。

証明書には、月ごとの一般用医薬品に係る勤務時間がわかる書類を添付した上で、必要に応じて勤務簿の写し等を添付してください。

10 確認書(別紙9、10)については、申請者が責任を持って確認して作成してください。

証明書には、月ごとの一般用医薬品に係る勤務時間がわかる書類を添付した上で、必要に応じて勤務簿の写し等を添付してください。

6 店舗販売業許可申請書記載例

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		薬店		
店舗の所在地		〒 - 市 町 丁目 番号 TEL -		
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		月～金 時～時、土 時～時		
相談時及び緊急時の連絡先		080 - -		
特定販売の実施の有無		有 ・ 無		
責任を有する役員を含む。(の欠格条項)	申請者(法人にあつては、薬事に関する業務に)	(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)	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った後、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	店舗において販売し、又は授与する医薬品の区分	要指導医薬品 第一類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第三類医薬品		
	兼営事業の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 医薬部外品の販売 <input checked="" type="checkbox"/> 化粧品の販売 高度管理医療機器等販売業・貸与業 <input checked="" type="checkbox"/> 管理医療機器販売業・貸与業 毒物劇物販売業 <input checked="" type="checkbox"/> その他 なし		
	その他特記事項	医療機器販売管理者住所 市 氏名 取扱う品目：特定管理医療機器		

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和 年 月 日

住所(法人にあつては、主たる事業所の所在地) 兵庫県 市 町 丁目 番号  
氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名) 株式会社 代表取締役

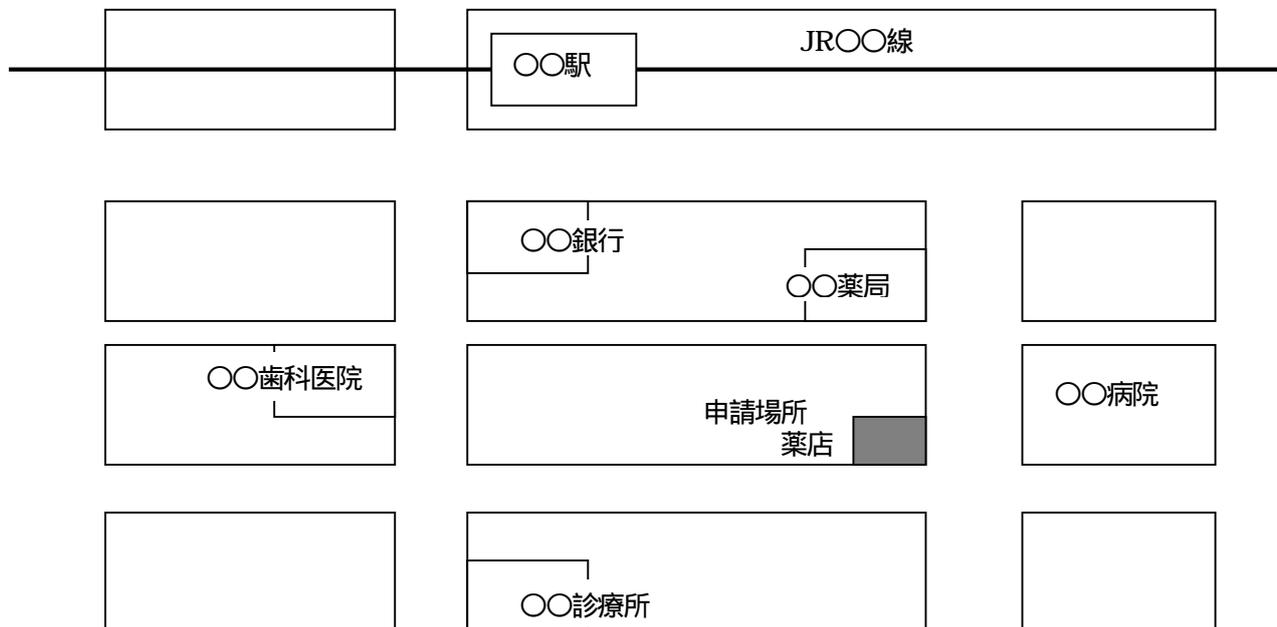
県民局長 様

(連絡先) 担当者名：  
電話番号：  
メールアドレス：

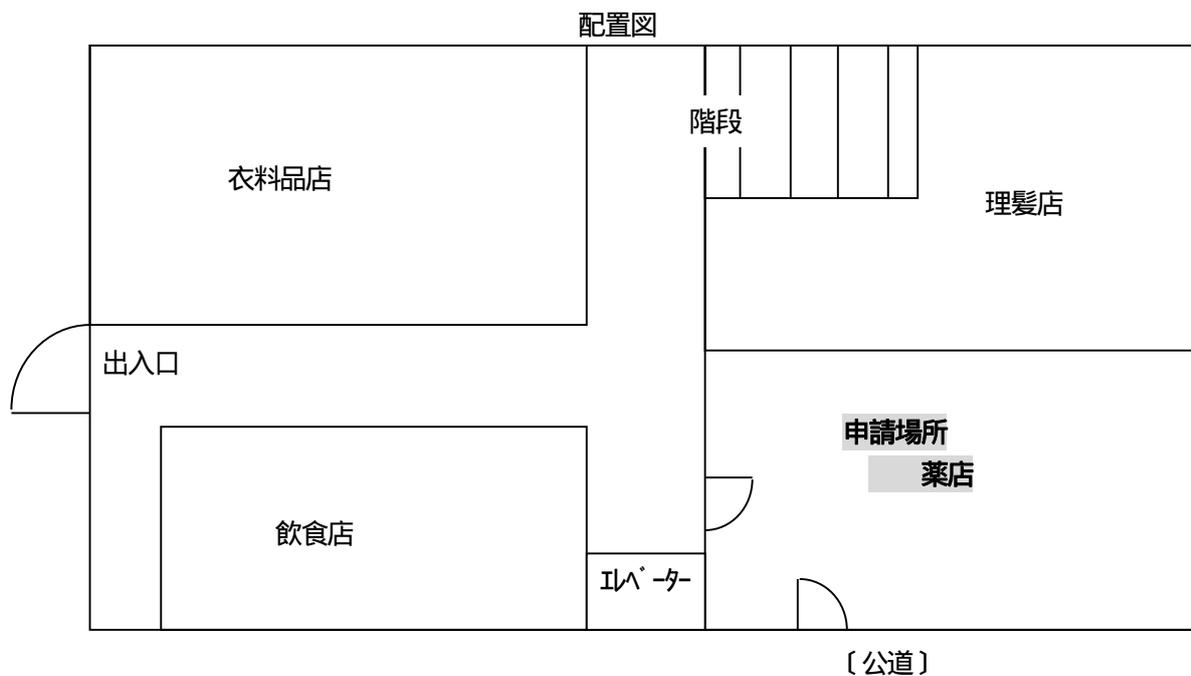
## 7 添付資料の記載例

### (1) 付近の見取り図（記載例）

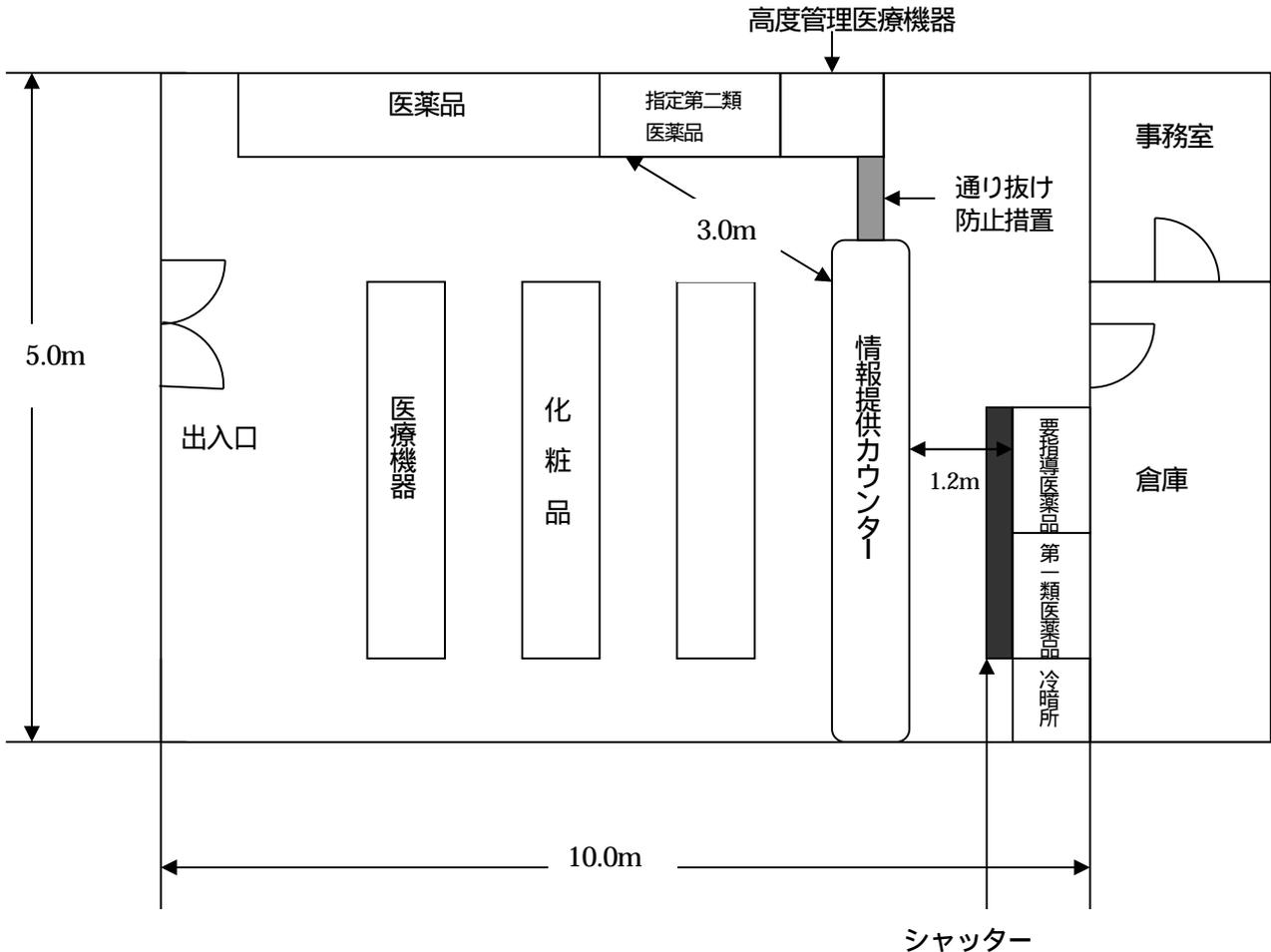
最寄りの駅等から店舗まで分かるようにしてください。  
定規等を用いて正確に作成してください。なお、インターネット等から印刷した図面を添付することでも差し支えない。



### (2) フロアー全体の平面図（記載例）



(3) 店舗の平面図（記載例）



<面積算出式> 店舗：10.0 × 5.0 = 50.0m<sup>2</sup>

(記載時の留意点)

定規等を用いて正確に作成してください。

店舗の面積が算出できるよう内法で寸法を記入してください。

平面図の余白欄に店舗面積の算出式を記入してください。

店舗面積は13.2 m<sup>2</sup>以上を確保してください。

ただし、階段下などや柱部分は有効面積から省いてください。

更衣室、事務室、トイレ、倉庫等の付属設備を有している場合は、これらの面積は店舗の面積として算出しないでください。

店舗の出入口、住居との区画がよくわかるように記入してください。

店舗以外の場所(住居・事務所等を除く。)へ行くために店舗内を通らなければ行くことのできない構造は許可できません。

相談カウンター等、情報提供を行うための設備(以下「情報提供設備」という。)を備えてください。(情報提供設備とは、薬剤師又は登録販売者が購入者等に対し、医薬品について適正な使用のために必要な情報を提供するための設備をいいます。)

要指導医薬品・一般用医薬品は、薬剤師・登録販売者が購入者等に必要な情報を提供できるように陳列してください。

要指導医薬品・第一類医薬品を陳列する場合は、情報提供設備の後ろの棚等、購入者の手が届かない場所に陳列するか、鍵のかかる場所に保管し、その場所を図面に明記してください。

使用に際し注意が必要な指定第二类医薬品を陳列する場合は、要指導医薬品・第一類医薬品と同様に情報提供設備の後ろ等に陳列するか、鍵のかかる場所、あるいは情報提供設備中央から見える棚等(約7mの範囲内)

に陳列し、その場所を図面に記入してください。

一般用医薬品及び第一類医薬品を販売しない時間帯がある場合は、シャッター、パーティション、チェーン等の構造設備により物理的に遮断され、進入することが困難な設備を設置して下さい。

店舗内に、冷暗所および毒薬保管庫（容易に移動できないよう固定された鍵のかかる専用の設備）の位置を記入してください。ただし、冷暗所保存の医薬品及び毒薬を取り扱わない場合は、冷暗所及び毒薬保管庫の設置は不要です。

毒物劇物販売業を併せて行う場合は、店舗の情報提供設備の内側等に毒物劇物保管庫（固定、堅固、施錠）を設置し、その位置を記入してください。

高度管理医療機器もしくは管理医療機器の販売等を併せて行う場合は、店舗内に医療機器保管場所を明記してください。

換気が十分で清潔な店舗にしてください。

常時居住する場所、不潔な場所から明確に区別してください。

スーパーなどの一角を店舗とする場合は、壁や床へのライン引き、床の色を変える等、店舗と他の場所を明確に区別してください。また、店舗内に専用のレジを設けてください。

## 添付書類様式一覧

- 別紙 1 店舗販売業許可申請書
- 別紙 2 構造設備の概要
- 別紙 3 管理者及びその他の薬剤師・登録販売者について
- 別紙 4 誓約書
- 別紙 5 勤務表
- 別紙 6 特定販売に関して厚生労働省令で定める事項を記載した書類
- 別紙 7 業務従事証明書
- 別紙 8 実務従事証明書
- 別紙 9 業務従事確認書
- 別紙 10 実務従事確認書
- その他 雇用証書の例  
月ごとの勤務時間がわかる書類の例（勤務状況報告書）

店舗販売業許可申請書

店舗の名称		
店舗の所在地		〒 TEL
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		
特定販売の実施の有無		有 ・ 無
業務申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する役員を含む。)の欠格条	(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)	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
	(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
	(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
備 考	店舗において販売し、又は授与する医薬品の区分	要指導医薬品 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	医薬部外品の販売 化粧品の販売 高度管理医療機器等販売業・貸与業 管理医療機器販売業・貸与業 毒物劇物販売業 その他 なし
	その他特記事項	

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和 年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事業所の所在地)

氏 名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名)

様 (連絡先) 担当者名：  
 電話番号：  
 メールアドレス：

< 記載時の留意点 >

用紙の大きさはA4とし、字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと記載してください。

店舗の名称

医薬品を取り扱う施設としてふさわしい名称にしてください。

店舗の所在地

住居表示のとおり記載するとともに、ビル、市場内等の場合には「〇〇ビル〇階、〇〇ビル〇号室」等詳しく記載してください。

店舗の構造設備の概要

「別紙のとおり」と記載し、所定の様式に必要事項を記載してください。

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。

(法人にあっては)薬事に関する業務に責任を有する役員(責任役員)の氏名

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、必ず責任役員となります。

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。営業時間とは、「実店舗の開店時間」と「(実店舗の閉店時間に)特定販売を行う時間」を合わせた時間をいいます。

相談時及び緊急時の連絡先

原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載してください。

特定販売( )の実施の有無

特定販売( )の実施の有無について、該当する箇所を で囲んでください。( 特定販売: 店舗以外の場所にいる者に対する医薬品の販売又は授与をいいます。医薬品医療機器等法施行規則第1条第2項第4号関係。)

申請者の欠格条項

(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責任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、刑の確定年月日およ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)欄にあっては許可の取り消し・業務停止等の不利益処分があった場合、その違反の事実および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、「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害に関する医師の診断書を添付してください。

店舗において販売し、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。

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。

申請年月日

申請書を提出する日付を記載してください。

申請者の住所、氏名

個人の場合は現住所、法人の場合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取締役名を記載してください。

連絡先

担当者名、電話番号及びメールアドレスを記載してください。

## 構造設備の概要

別紙2

面積	店舗全体	m <sup>2</sup>
----	------	----------------

### 【店舗の概要】

該 店 の 構 造 設 備	換 気	1 窓	2 換気扇	3 その他 ( )	
	居住場所と不潔な 場所その他場所と の区別	1 扉・引き戸	2 壁	3 窓	
		4 その他 ( )			
	防塵	1 板張り	2 コンクリート	3 その他 ( )	
	床 面	1 板張り	2 コンクリート	3 その他 ( )	
	天 井	1 板張り	2 コンクリート	3 その他 ( )	
	明るさ	ルクス (60ルクス以上)			
	給水設備	1 手洗設備	2 その他 ( )		

### 【施錠設備及び冷暗貯蔵設備】

施錠設備	1 毒薬販売を行わないため無	2 有
冷暗貯蔵設備	1 冷暗貯蔵を要する医薬品販売を行わないため無	2 有

### 【要指導医薬品及び一般用医薬品を販売する場合】

該 店 の と こ ろ に 印 を 記 す	販売する医薬品の区分	要指導医薬品 ・ 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	
	要指導医薬品又は一般用医薬品を 販売等しない時間帯の有無及び陳 列場所等の閉鎖の方法	有 ・ 無 閉鎖の方法 ( )	
	要 指 導 医 薬 品	陳列設備	有 ・ 無
		陳列区画	1 1.2m 以内の範囲に購入者等が進入できないような措置 2 鍵をかけた陳列設備 3 その他 ( )
		販売等しない時間帯の有無及び 陳列区画の閉鎖の方法	有 ・ 無 閉鎖の方法 ( )
	第 一 類 医 薬 品	陳列設備	有 ・ 無
		陳列区画	1 1.2m 以内の範囲に購入者等が進入できないような措置 2 鍵をかけた陳列設備 3 その他 ( )
		販売等しない時間帯の有無及び 陳列区画の閉鎖の方法	有 ・ 無 閉鎖の方法 ( )

### 【情報提供設備等】(情報提供設備が複数ある場合はいずれかの設備が適合していればよい)

情報提供設備	要指導医薬品陳列区画の内部又は近接する場所	有 ・ 無
	第一類医薬品陳列区画の内部又は近接する場所	有 ・ 無
指定第二類医薬品の 陳列設備	1 情報提供設備から 7 m 以内 2 鍵をかけた陳列設備 3 陳列設備から 1.2m 以内の範囲に購入者等が進入することができないよう な措置	

### 【その他】

付属設備	更衣室 ・ 便所 ・ 事務室 ・ 倉庫 ・ その他 ( )
------	-------------------------------

## 管理者及びその他の薬剤師・登録販売者について

## 【管理者】

氏名（ふりがな）				照合印
住 所	〒			(受付時使用欄)
週当たりの勤務時間数	時間	資格の種別	薬剤師・登録販売者	
薬剤師名簿又は 販売従事登録番号		薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日		

## 【その他薬剤師又は登録販売者】

1	氏名（ふりがな）				照合印
	住 所	〒			(受付時使用欄)
	週当たりの勤務時間数	時間	資格の種別	薬剤師・登録販売者 ・ 研修中の登録販売者	
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号		薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日		
2	氏名（ふりがな）				
	住 所	〒			(受付時使用欄)
	週当たりの勤務時間数	時間	資格の種別	薬剤師・登録販売者 ・ 研修中の登録販売者	
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号		薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日		
3	氏名（ふりがな）				
	住 所	〒			(受付時使用欄)
	週当たりの勤務時間数	時間	資格の種別	薬剤師・登録販売者 ・ 研修中の登録販売者	
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号		薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日		
4	氏名（ふりがな）				
	住 所	〒			(受付時使用欄)
	週当たりの勤務時間数	時間	資格の種別	薬剤師・登録販売者 ・ 研修中の登録販売者	
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号		薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日		

様

主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

## 誓 約 書

代表取締役 (氏名) (店舗・営業所等名)  
弊社は、取締役 \_\_\_\_\_ を弊社の \_\_\_\_\_ の管理者とし

て下記の条件で当該店舗を実地に管理させることを誓約します。

### 記

1. 勤務場所 薬局又は店舗所在地

薬局又は店舗名称

2. 勤務時間 時間 / 週

3. 休 日

〔作成部署・責任者〕

職・氏名：  
電話番号：  
メールアドレス

### 勤務表

営業時間		~											計	
時間		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19		
月	開店時間													
	特定販売時間													
	OTC販売時間													
	要指導又は第一類販売時間													
	要指導販売時間													
	第一類販売時間													
	薬剤師勤務時間													
	登録販売者勤務時間													
火	開店時間													
	特定販売時間													
	OTC販売時間													
	要指導又は第一類販売時間													
	要指導販売時間													
	第一類販売時間													
	薬剤師勤務時間													
	登録販売者勤務時間													
水	開店時間													
	特定販売時間													
	OTC販売時間													
	要指導又は第一類販売時間													
	要指導販売時間													
	第一類販売時間													
	薬剤師勤務時間													
	登録販売者勤務時間													
木	開店時間													
	特定販売時間													
	OTC販売時間													
	要指導又は第一類販売時間													
	要指導販売時間													
	第一類販売時間													
	薬剤師勤務時間													
	登録販売者勤務時間													
金	開店時間													
	特定販売時間													
	OTC販売時間													
	要指導又は第一類販売時間													
	要指導販売時間													
	第一類販売時間													
	薬剤師勤務時間													
	登録販売者勤務時間													
土	開店時間													
	特定販売時間													
	OTC販売時間													
	要指導又は第一類販売時間													
	要指導販売時間													
	第一類販売時間													
	薬剤師勤務時間													
	登録販売者勤務時間													
日	開店時間													
	特定販売時間													
	OTC販売時間													
	要指導又は第一類販売時間													
	要指導販売時間													
	第一類販売時間													
	薬剤師勤務時間													
	登録販売者勤務時間													

店舗名称	
許可番号	

開店時間(1週間あたり)		
開店時間	0	時間
OTC販売時間	0	時間
要指導又は第一類販売時間	0	時間
要指導販売時間	0	時間
第一類販売時間	0	時間

情報提供場所		
要指導医薬品		箇所
第一類医薬品		箇所
総情報提供設備数		箇所

勤務時間		
薬剤師		時間
登録販売者		時間

体制省令関係			
( + ) ÷ ÷	#DIV/0!		1
÷ ÷	#DIV/0!		1
÷ ÷	#DIV/0!		1

( 薬局のみ記載 )			となっていること 適 ・ 否		
以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること					
総取扱処方せん枚数(A)	枚 $\left( \begin{array}{l} \text{(眼科・耳鼻科・歯科)} \\ \times 2/3 + \text{その他の診療科} \end{array} \right)$		前年において業務を行った期間及び日数(B)	月 日 ~ 月 日 (日数) 日	
1日あたりの受取処方箋枚数(A/B)	枚		就業時間	時間/週	
	必要薬剤師数 40枚毎1名	イ	現在の勤務体制による算出薬剤師数	ロ	名

薬剤師の員数は実雇用人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。就業規則がない場合は、32時間で除する(開店時間が32時間未満の場合はその開店時間で除する。)。イ ロであれば員数を満たしていることになります。

(記載時の留意点)

黄色のセルを正しく記載すると、青色のセルは自動的に計算されます。

(ア) 営業時間

店舗又は薬局の営業曜日と時間を記載してください。(特定販売のみをする時間を含む。)

(イ) 開店時間、医薬品販売時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間(開店時間の勤務時間)

営業時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間を塗りつぶすか、線を引いて、何時から何時まで営業・勤務しているかをわかるように記載してください。

研修中の登録販売者の勤務時間については記載しないこと。

開店時間：営業時間のうち特定販売のみを行う時間を除いた時間。

特定販売時間：いわゆるインターネット等により医薬品を販売する時間。

OTC販売時間：要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する時間。

要指導又は第一類販売時間：要指導医薬品又は第一類医薬品を販売する時間。

要指導販売時間：要指導医薬品を販売する時間。

第一類販売時間：第一類医薬品を販売する時間。

(ウ) 情報提供場所

要指導医薬品、第一類医薬品及び一般用医薬品(二類、三類)を取扱う場合は、それぞれの相談カウンター等、情報提供を行うための設備の数を記載してください。

(エ) 勤務時間

当該薬局に勤務する薬剤師・登録販売者の1週間の勤務時間(開店時間の勤務時間)の合計時間を記載してください。

(オ) 処方箋枚数等の記載

薬局のみ記載してください。

処方箋枚数が1日40枚以下の薬局の場合は、2行目以降の記載の必要はありません。

### 勤務表

営業時間		~														計	
時間		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22					
月	開店時間																
	特定販売時間																
	OTC販売時間																
	要指導又は第一類販売時間																
	要指導販売時間																
	第一類販売時間																
	薬剤師勤務時間																
	登録販売者勤務時間																
火	開店時間																
	特定販売時間																
	OTC販売時間																
	要指導又は第一類販売時間																
	要指導販売時間																
	第一類販売時間																
	薬剤師勤務時間																
	登録販売者勤務時間																
水	開店時間																
	特定販売時間																
	OTC販売時間																
	要指導又は第一類販売時間																
	要指導販売時間																
	第一類販売時間																
	薬剤師勤務時間																
	登録販売者勤務時間																
木	開店時間																
	特定販売時間																
	OTC販売時間																
	要指導又は第一類販売時間																
	要指導販売時間																
	第一類販売時間																
	薬剤師勤務時間																
	登録販売者勤務時間																
金	開店時間																
	特定販売時間																
	OTC販売時間																
	要指導又は第一類販売時間																
	要指導販売時間																
	第一類販売時間																
	薬剤師勤務時間																
	登録販売者勤務時間																
土	開店時間																
	特定販売時間																
	OTC販売時間																
	要指導又は第一類販売時間																
	要指導販売時間																
	第一類販売時間																
	薬剤師勤務時間																
	登録販売者勤務時間																
日	開店時間																
	特定販売時間																
	OTC販売時間																
	要指導又は第一類販売時間																
	要指導販売時間																
	第一類販売時間																
	薬剤師勤務時間																
	登録販売者勤務時間																

店舗名称	
許可番号	

開店時間 (1週間あたり)		
開店時間	0	時間
OTC販売時間	0	時間
要指導又は第一類販売時間	0	時間
要指導販売時間	0	時間
第一類販売時間	0	時間

情報提供場所		
要指導医薬品		箇所
第一類医薬品		箇所
総情報提供設備数		箇所

勤務時間		
薬剤師		時間
登録販売者		時間

体制省令関係			
( + ) ÷ ÷	#DIV/0!		1
÷ ÷	#DIV/0!		1
÷ ÷	#DIV/0!		1

( 薬局のみ記載 )			となっていること 適 ・ 否		
以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること					
総取扱処方せん枚数(A)	枚 $\left( \begin{array}{l} \text{(眼科・耳鼻科・歯科)} \\ \times 2/3 + \text{その他の診療科} \end{array} \right)$		前年において業務を行った期間及び日数(B)	月 日 ~ 月 日	
				(日数)	日
1日あたりの受取処方箋枚数(A/B)	必要薬剤師数 40枚毎1名	イ	枚	就業時間	時間/週
			名	現在の勤務体制による算出薬剤師数	□ 名

薬剤師の員数は実雇用人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。就業規則がない場合は、32時間で除する(開店時間が32時間未満の場合はその開店時間で除する。)

イ □であれば員数を満たしていることになります。

### (記載時の留意点)

黄色のセルを正しく記載すると、青色のセルは自動的に計算されます。

#### (ア) 営業時間

店舗又は薬局の営業曜日と時間を記載してください。(特定販売のみをする時間を含む。)

#### (イ) 開店時間、医薬品販売時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間(開店時間の勤務時間)

営業時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間を塗りつぶすか、線を引いて、何時から何時まで営業・勤務しているかをわかるように記載してください。

研修中の登録販売者の勤務時間については記載しないこと。

開店時間：営業時間のうち特定販売のみを行う時間を除いた時間。

特定販売時間：いわゆるインターネット等により医薬品を販売する時間。

OTC販売時間：要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する時間。

要指導又は第一類販売時間：要指導医薬品又は第一類医薬品を販売する時間。

要指導販売時間：要指導医薬品を販売する時間。

第一類販売時間：第一類医薬品を販売する時間。

#### (ウ) 情報提供場所

要指導医薬品、第一類医薬品及び一般用医薬品(二類、三類)を取扱う場合は、それぞれの相談カウンター等、情報提供を行うための設備の数を記載してください。

#### (エ) 勤務時間

当該薬局に勤務する薬剤師・登録販売者の1週間の勤務時間(開店時間の勤務時間)の合計時間を記載してください。

#### (オ) 処方箋枚数等の記載

薬局のみ記載してください。

処方箋枚数が1日40枚以下の薬局の場合は、2行目以降の記載の必要はありません。

特定販売に関して厚生労働省令で定める事項を記載した書類

特定販売を行う際に使用する通信手段	インターネット 電話 郵便等 その他( )	
特定販売を行う医薬品の区分	第1類医薬品 第2類医薬品 第3類医薬品 指定第2類医薬品 第2類医薬品 薬局製造販売医薬品(毒薬及び劇薬であるものを除く)	
特定販売を行う時間		
営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合は( )その時間 該当する場合は を記入してください。		
特定販売を行うことについての広告に、申請書に記載する薬局・店舗の名称と異なる名称を表示するときは、その名称		
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するとき	主たるホームページアドレス  (パスワード等 ホームページを閲覧するために、パスワード等が必要な場合は記入してください。)	
	主たるホームページの構成の概要	
都道府県知事等による適切な監督を行うために必要な設備の概要 に該当する場合のみ記入してください。	撮影に使用する設備	デジタルカメラ カメラ付きスマートフォン カメラ付きタブレット端末 カメラ付き携帯電話 その他( )
	画像送信に使用する設備	パソコン スマートフォン 携帯電話 その他( )
	電話番号	
	画像送信に使用するメールアドレス	

## 記載時の留意点

- 1 特定販売を行う際に使用する通信手段及び 特定販売を行う医薬品の区分  
該当する箇所に印 (☑) をつけてください。
- 2 特定販売を行う時間」及び 営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合はその時間  
「月～金9時～18時、土9時～14時」のように記載してください。
- 3 主たるホームページアドレス  
一般用医薬品を広告しているホームページのうち、当該一般用医薬品を購入する者等が通常最初に閲覧するホームページアドレスを記載してください。(医薬品販売サイトのトップページ・メインページのアドレス。必ずしも薬局等のトップページのアドレスではありません。)  
一つの薬局等が複数のホームページを開設している場合には、それらの全ての主たるホームページアドレスを記載してください。ただし、それら全てのホームページへのリンクをまとめたホームページをまとめたホームページを開設している場合は、そのホームページアドレスを提出することで差し支えありません。  
当該ホームページの閲覧に必要なパスワード、ID等がある場合には、併せてそのパスワード等を記載してください。
- 4 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で広告をするときは、ホームページでの医薬品の表示内容や表示すべき事項の表示の状況等が分かるようなホームページのイメージ等を記載してください。  
(コンテンツの配置図やサイトマップ(ウェブサイト上にあるページのリスト)等)  
一つの薬局等が複数のホームページを開設している場合には、それらの全てについて「主たるホームページの構成の概要」を記載してください。
- 5 都道府県知事等による適切な監督を行うために必要な設備の概要  
特定販売のみを行う営業時間がない場合には、記載する必要はありません。  
撮影に使用する設備及び画像送信に使用する設備については、該当する箇所に印 (☑) をつけてください。  
電話番号については、薬局(店舗)内に設置された電話の電話番号(固定電話に限る。)を記載してください。  
画像送信に使用するメールアドレスを記載してください。

## 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)

〔連絡先〕 担当者名:

電話番号:

メールアドレス:

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	〒 TEL: ( )

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)

〔連絡先〕 担当者名:

電話番号:

メールアドレス:

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	〒 TEL: ( )

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）

〔連絡先〕 担当者名：

電話番号：

メールアドレス：

以上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	〒 TEL: ( )

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「登録販売業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）

〔連絡先〕 担当者名：  
電話番号：  
メールアドレス：

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	〒 TEL : ( )

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。

雇用証書（例）

雇 用 証 書

次の者について、下記事項を条件として雇用関係にあることを証します。

年 月 日

雇用者 住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

被雇用者 住所

氏名

記

- 1 業 務 店舗販売業管理者
- 2 勤 務 地
- 3 勤務時間 時 分から 時 分
- 4 休 日

〔作成部署・責任者〕

職・氏名：  
電話番号：  
メールアドレス



## 受付窓口一覧

薬局の所在地	受付機関	所在地	電話番号
芦屋市	芦屋健康福祉事務所	芦屋市公光町 1-23	0797-32-0707
宝塚市、三田市	宝塚健康福祉事務所	宝塚市東洋町 2-5	0797-62-7314
伊丹市、川西市 川辺郡	伊丹健康福祉事務所	伊丹市千僧 1-51	072-785-9433
加古川市、高砂市、 加古郡	加古川健康福祉事務所	加古川市加古川町寺家 町天神木97-1	079-422-0184
西脇市、三木市、 小野市、加西市、 加東市、多可郡	加東健康福祉事務所	加東市社字西柿 1075-2	0795-42-9372
神崎郡	中播磨健康福祉事務所	神崎郡福崎町西田原 235	0790-22-1234
たつの市、宍粟市、 揖保郡、佐用郡	龍野健康福祉事務所	たつの市龍野町富永 1311-3	0791-63-5683
相生市、赤穂市、 赤穂郡	赤穂健康福祉事務所	赤穂市加里屋 98-2	0791-43-2937
豊岡市、美方郡	豊岡健康福祉事務所	豊岡市幸町 7-11	0796-26-3666
養父市、朝来市	朝来健康福祉事務所	朝来市和田山町東谷 213-96	079-672-6872
丹波篠山市、丹波市	丹波健康福祉事務所	丹波市柏原町柏原 688	0795-73-3771
洲本市、南あわじ市、 淡路市	洲本健康福祉事務所	洲本市塩屋 2-4-5	0799-26-2068
神戸市	神戸市保健所 医務薬務課	神戸市中央区加納町 6-5-1	078-322-6796
姫路市	姫路市保健所 総務課	姫路市坂田町 3	079-289-1631
尼崎市	尼崎市保健所 保健企画課	尼崎市七松町 1-3-1 -502	06-4869-3010
明石市	あかし保健所 保健総務課	明石市大久保町ゆりの き通 1-4-7	078-918-5414
西宮市	西宮市保健所 保健総務課	西宮市池田町 8-11	0798-26-3775