◆◆◆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、兵庫県ホームページ「薬局、医薬品販売業等の許可・届出について」を参照してください。
（リンク先：https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf18/yakumusidou/hanbai.html）

(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】

① はじめて店舗販売業を行う場合。
② 店舗販売業者の人格（名義）が変わる場合（個人⇔法人など）。
③ 施設を別の場所に移転させる場合。
④ 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。
⑤ 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
手数料の納付方法には、以下の３種類があります。

(1) 兵庫県収入証紙による納付
兵庫県収入証紙売りさばき所で兵庫県収入証紙を購入し、申請書に貼付して納入してください。売りさばき所については、兵庫県ホームページ「収入証紙」をご確認ください。
（リンク先：https://web.pref.hyogo.lg.jp/sk01/tb01_000000001.html）

(2) 電子納付
兵庫県ホームページ内の案内に従って、納付手続きを行ってください。納付手続き後にあらかじめ登録されたメールアドレス宛てに電子納付番号が送付されますので、申請書の右上に電子納付番号を記載してください。
詳細については、兵庫県ホームページ「医薬品医療機器等法、温泉法、毒物及び劇物取締法、麻薬及び向精神薬取締法、覚醒剤取締法関係の手数料の電子納付について」をご確認ください。
（リンク先：https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf18/yakumuka/tesuuryoudensinouhu.html）

(3) キャッシュレス決済による納付
キャッシュレス端末が設置されている窓口では、クレジットカードや電子マネー等のキャッ

シュレス決済が可能です。
　詳細については、兵庫県ホームページ「キャッシュレス窓口端末の導入について」をご確認ください。
（リンク先：https://web.pref.hyogo.lg.jp/sk01/cashless.html）

５　許可申請に必要な提出書類一覧（◎は必要書類　〇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
①店舗販売業許可申請書※1	◎	◎
②店舗の構造設備の概要※2	◎	◎
③付近の見取図・建物の配置図・店舗の平面図	◎	◎
④履歴事項全部証明書（発行後３か月以内のもの）	―	◎
⑤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※3	◎	◎
⑥管理者の使用関係証書※4	〇	◎
⑦その他薬剤師・登録販売者の使用関係証書※5	〇	〇
⑧勤務表※6	◎	◎
⑨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※7	〇	〇
⑩体制省令で求められている指針・手順書	◎	◎
⑪資格を証する書類※8	◎	◎
⑫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）	〇	〇

※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、当該薬局を実地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。）

〇登録販売者を店舗管理者とする場合

店舗で取扱う医薬品の区分に応じて、該当する要件を満たすことが分かる書類が必要です。管理者の要件については、兵庫県ホームページ「登録販売者制度の改正について」に掲載されている通知を確認し、それぞれに対応した書類を添付してください。

（リンク先：https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf18/tourokuhanbaikaisei.html）

・業務従事証明書（**別紙７**）、実務従事証明書（**別紙８**）
・業務従事確認書（**別紙９**）、実務従事確認書（**別紙10**）
・月ごとの勤務時間がわかる書類（勤務状況報告書）又は勤務簿の写し
・研修修了証の写し

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）

電子納付番号
（電子納付の場合のみ記載）

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
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 ☑ 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	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（法人にあっては、主たる事業所の所在地）　兵庫県○○市○○町○丁目○番○号

氏　名（法人にあっ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

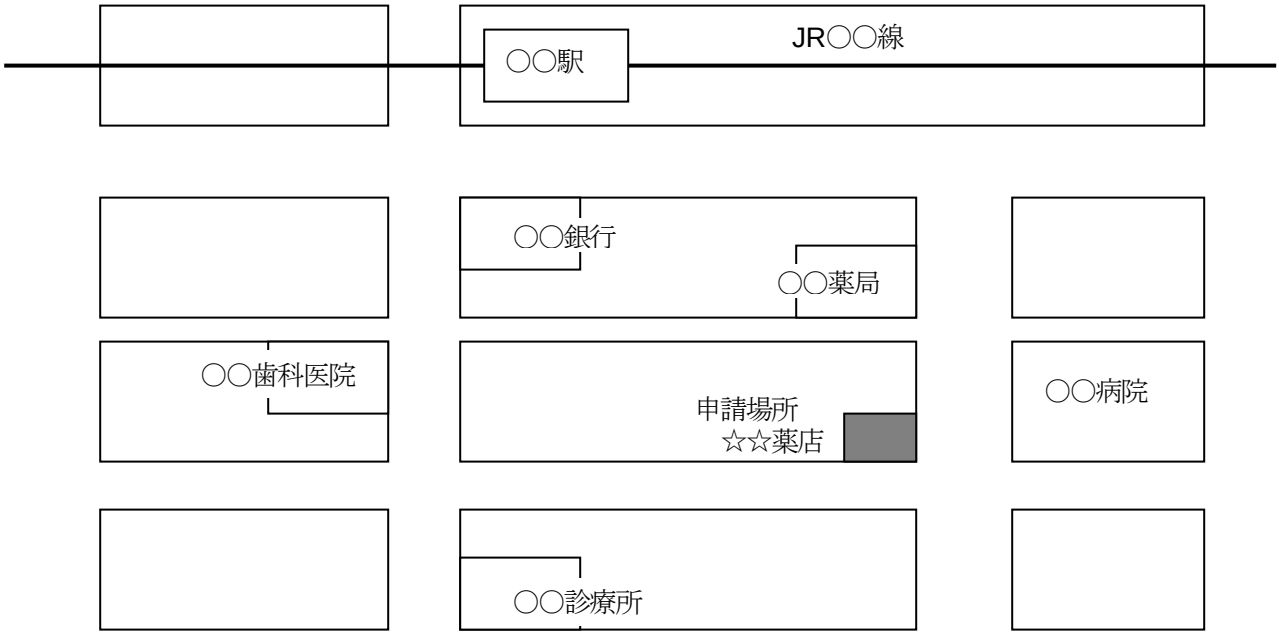
〔連絡先〕　担当者名：
電話番号：
メールアドレス：

7　添付資料の記載例

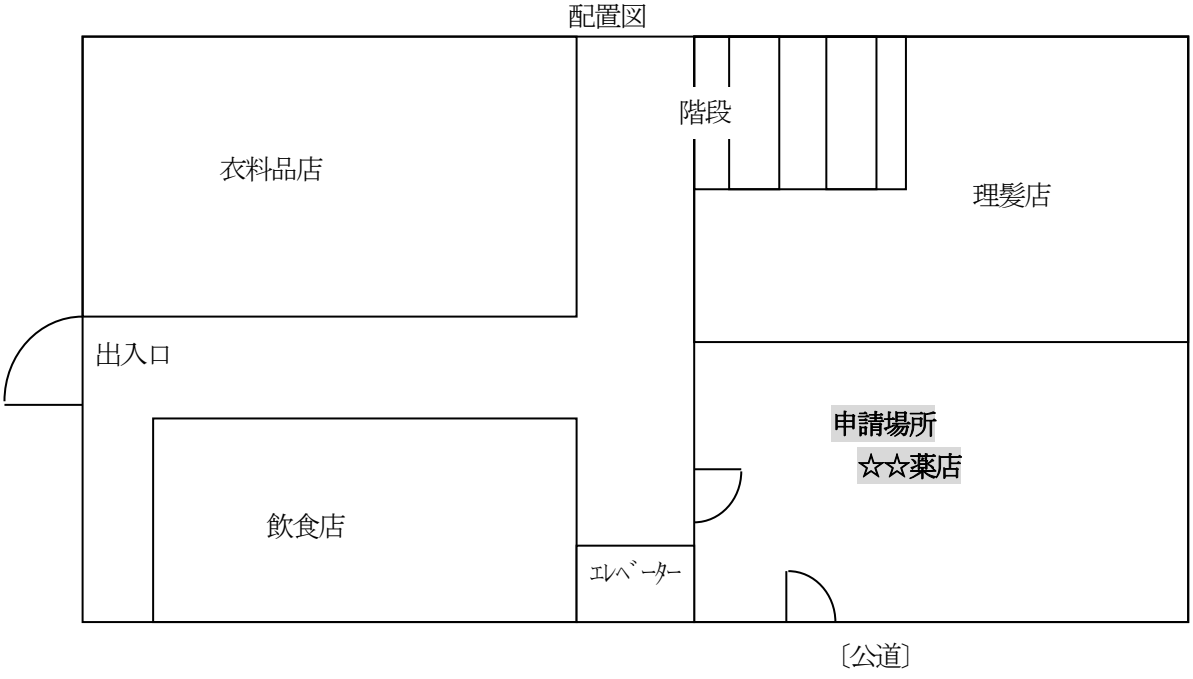
(1)　付近の見取り図（記載例）

①　最寄りの駅等から店舗まで分かるようにしてください。

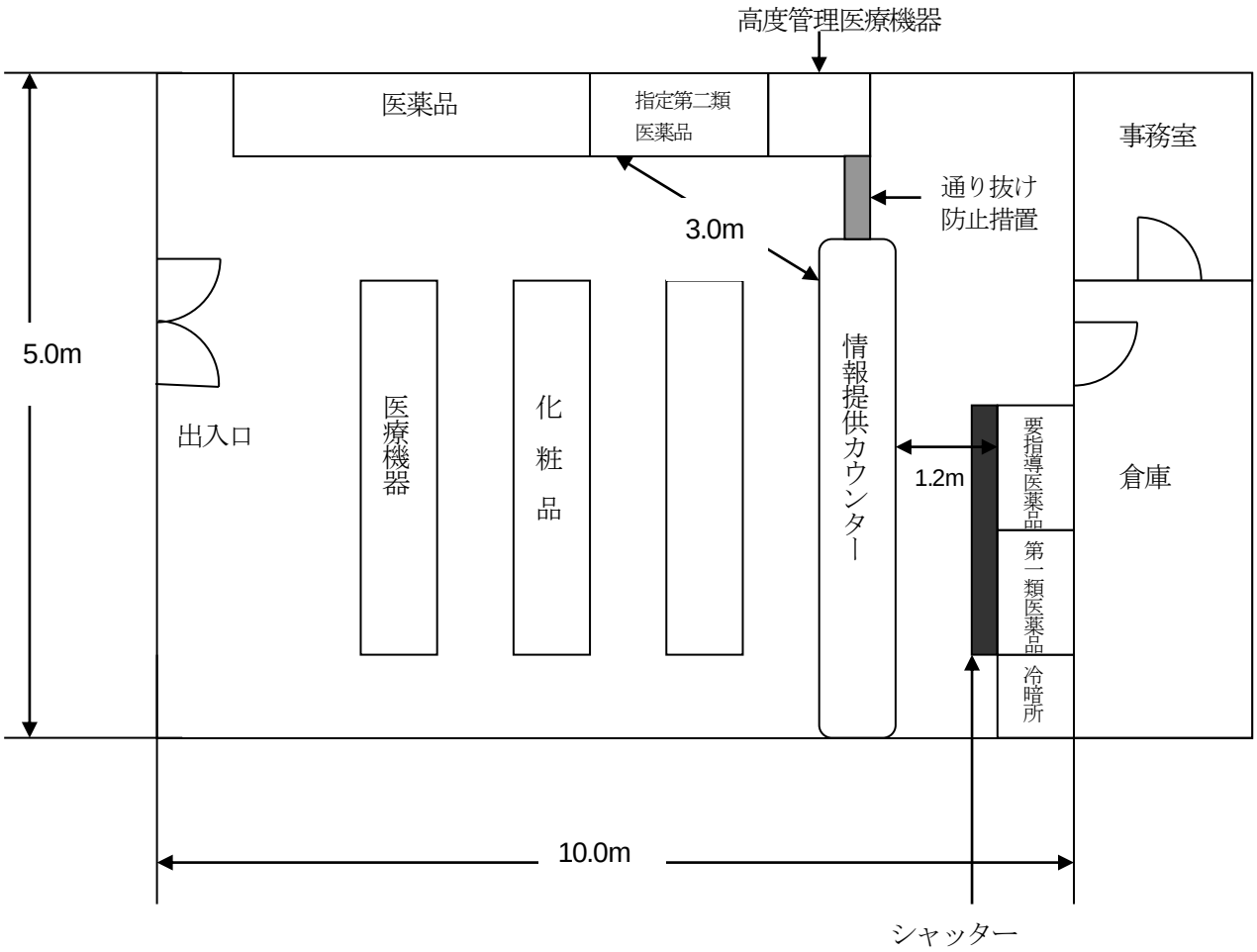
②　定規等を用いて正確に作成してください。なお、インターネット等から印刷した図面を添付することでも差し支えない。



(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= 50.0m²

（記載時の留意点）

① 定規等を用いて正確に作成してください。

② 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。

③ 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。

④ 店舗面積は13.2 m²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。

⑤ 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。

⑥ 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。

⑦ 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。

⑧ 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。）

⑨ 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。

⑩ 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。

⑪ 使用に際し注意が必要な指定第二類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。

⑫　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。

⑬　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。

⑭　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。

⑮　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。

⑯　換気が十分で清潔な店舗にしてください。

⑰　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。

⑱　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）

電子納付番号
（電子納付の場合のみ記載）

別紙１

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			
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
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）

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。

① 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。

② 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「○○ビル○階、○○ビル○号室」等詳しく記載してください。

③ 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。

④ 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。

⑤（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。

⑥ 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。

⑦ 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。

⑧ 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。）

⑨ 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。

⑩ 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。

⑪ 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。

⑫ 申請年月日

● 申請書を提出する日付を記載してください。

⑬ 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。

⑭ 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。

別紙２

構造設備の概要

面　積	店舗全体 ㎡

【店舗の概要】

該当するところに○印を記す			
	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（　　）
	防塵設備	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		ルックス（60 ルックス以上）
	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】

該当のところに○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７ｍ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（　　）

別紙３

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	〒			
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		（受付時使用欄）

【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	〒			
	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		（受付時使用欄）
2	氏名（ふりがな）				照合印
	住　　所	〒			
	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		（受付時使用欄）
3	氏名（ふりがな）				照合印
	住　　所	〒			
	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		（受付時使用欄）
4	氏名（ふりがな）				照合印
	住　　所	〒			
	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		（受付時使用欄）

別紙４

令和　　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

（氏名）　　（店舗・営業所等名）

弊社は、取　締　役　代表取締役 ＿＿＿＿＿＿ 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

【別紙5】

勤務表

店舗名称	
許可番号	

営業時間			
	: ～ :		: ～ :
	: ～ :		: ～ :
	: ～ :		: ～ :

時間		9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	計
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												

開店時間（1週間あたり）			
開店時間	0	時間	①
OTC販売時間	0	時間	②
要指導又は第一類販売時間	0	時間	③
要指導販売時間	0	時間	④
第一類販売時間	0	時間	⑤

情報提供場所			
要指導医薬品		箇所	⑥
第一類医薬品		箇所	⑦
総情報提供設備数		箇所	⑧

勤務時間			
薬剤師		時間	⑨
登録販売者		時間	⑩

体制省令関係		
(⑨＋⑩)÷⑧÷②	#DIV/0!	≧1
⑨÷⑥÷③	#DIV/0!	≧1
⑨÷⑦÷③	#DIV/0!	≧1

<table>
<tr><td colspan="4">（　薬局のみ記載　）</td><td colspan="4">⑨≧①となっていること　　適　・　否</td></tr>
<tr><td colspan="8">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</td></tr>
<tr><td>総取扱処方せん枚数（A）</td><td></td><td>枚</td><td>（眼科・耳鼻科・歯科）×2/3＋その他の診療科</td><td>前年において業務を行った期間及び日数（B）</td><td colspan="3">月　日～　月　日
（日数）　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1日あたりの受取処方箋枚数（A/B）</td><td colspan="3"></td><td>枚</td><td>就業時間</td><td colspan="2">時間/週</td></tr>
<tr><td>必要薬剤師数
40枚毎1名</td><td>イ</td><td></td><td>名</td><td>現在の勤務体制による算出薬剤師数</td><td>ロ</td><td>名</td></tr>
</table>

※　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。

【別紙5】

勤務表

営業時間	:	～	:	:	～	:
	:	～	:	:	～	:
	:	～	:	:	～	:

時間		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	計
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	①
OTC販売時間	0	時間	②
要指導又は第一類販売時間	0	時間	③
要指導販売時間	0	時間	④
第一類販売時間	0	時間	⑤

情報提供場所			
要指導医薬品		箇所	⑥
第一類医薬品		箇所	⑦
総情報提供設備数		箇所	⑧

勤務時間			
薬剤師		時間	⑨
登録販売者		時間	⑩

体制省令関係		
(⑨＋⑩）÷⑧÷②	#DIV/0!	≧1
⑨÷⑥÷③	#DIV/0!	≧1
⑨÷⑦÷③	#DIV/0!	≧1

<table>
<tr><td colspan="4">（　薬局のみ記載　）</td><td colspan="4">⑨≧①となっていること　　適　・　否</td></tr>
<tr><td colspan="8">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</td></tr>
<tr><td>総取扱処方せん枚数（A）</td><td></td><td>枚</td><td>（眼科・耳鼻科・歯科）×2/3＋その他の診療科</td><td>前年において業務を行った期間及び日数（B）</td><td colspan="3">月　日～　月　日
（日数）　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">1日あたりの受取処方箋枚数（A/B）</td><td colspan="3"></td><td>枚</td><td>就業時間</td><td colspan="2">時間/週</td></tr>
<tr><td>必要薬剤師数
40枚毎1名</td><td>イ</td><td></td><td>名</td><td>現在の勤務体制による算出薬剤師数</td><td>ロ</td><td>名</td></tr>
</table>

※　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。

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

①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（　　）
②特定販売を行う医薬品の区分		□　第１類医薬品　□　指定第２類医薬品　□　第２類医薬品 □　第３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）
③特定販売を行う時間		
④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⑧を記入してください。		
⑤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	⑥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。）
	⑦主たるホームページの構成の概要	
⑧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 ※④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　①特定販売を行う際に使用する通信手段及び②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　③特定販売を行う時間」及び④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　⑥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　⑦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　⑧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。

（別紙７）

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。

（別紙８）

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。

（別紙９）

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。

（別紙 10）

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）

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

（月ごとの勤務時間がわかる書類（例））　　令和　　年　　月　　日

＿＿＿＿＿＿＿＿に係る勤務状況報告書

従事した薬局、
医薬品販売業の所在地：
名称：
業態及び許可番号：

報告者　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：

上記の者の一般用医薬品販売に係る業務（実務）経験について確認したので、下記のとおり報告します。
なお、報告に係る根拠資料については、兵庫県から求めがあれば速やかに提供いたします。

＿＿＿＿年＿＿＿月　～　＿＿＿＿年＿＿＿月分の勤務状況

一般用医薬品販売に係る			一般用医薬品販売に係る		
従事期間(1か月単位で記載)	従事日数	勤務時間	従事期間(1か月単位で記載)	従事日数	勤務時間
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
年　月	日間	時間　分	年　月	日間	時間　分
			以下、別紙のとおり		

根拠書類：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※１　根拠書類については、時間のみではなく実務内容もわかるものとすること。
※２　実務従事証明書１枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。
上記内容について事実と相違ありません。

（被証明者）氏 名：