

店 舗 販 売 業 許 可 申 請
手 続 き の し お り

— 令和3年8月 —

高松市保健所生活衛生課

高松市桜町一丁目10番27号

TEL 087-839-2865

FAX 087-839-2879

1 店舗販売業許可申請の手続きについて

申請書及び添付書類一覧

- ・ 申請時には、次の書類が必要です。黒のインク等を用い、楷書ではっきりと書いてください。
- ・ 施設完成後、遅くとも営業開始予定の2週間前までに、手数料を添えて高松市保健所へ提出してください。
- ・ 関係様式については、高松市ホームページ「もっと高松」からダウンロードすることができます。
- ・ 詳細については、あらかじめ高松市保健所までお問い合わせください。(TEL：087-839-2865)

書類		留意事項
(1)	店舗販売業許可申請書 (様式第76)	記入例参照 (→6ページ)
(2)	店舗の平面図	<p><配置図> 申請する店舗のあるフロア全体の平面図を記載し、店舗の位置を明示すること。</p> <p><平面図>例示：3 参考資料 図2 (→5ページ) 次の事項を明記すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 店舗の医薬品等売場、倉庫等の位置及びそれぞれの寸法 (内面から測定した長さ) ・ 情報提供を行うための設備及び7mの範囲 ・ 厚生労働省令で定める事項の掲示場所 ・ 要指導医薬品、一般用医薬品 (リスク区分毎) の陳列場所、陳列ケース、棚等の位置 ・ 要指導医薬品・一般用医薬品を販売しない時間帯がある場合、閉鎖設備 ・ 冷暗貯蔵が必要な医薬品又は毒薬の取り扱いがある場合、そのための設備 ・ 医療機器陳列場所、毒物劇物保管施設設備がある場合、その場所
(3)	許可申請書等の別紙 (参考様式)	記入例参照 (→7ページ)
(4)	業務体制表及びその別紙 (参考様式)	記入例参照 (→8～10ページ)
(5)	雇用証明書又は 業務従事証明書 (役員用) (参考様式)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 薬剤師又は登録販売者を雇用する場合 → 雇用証明書 ・ 法人の役員が薬剤師又は登録販売者として従事する場合 → 業務従事証明書 (役員用)
	業務従事証明書 (登録販売者) 又は 実務従事証明書 (一般従事者) 等 勤務簿の写し又はこれに準ずるもの (勤務状況報告書等) (参考様式)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 登録販売者が店舗管理者となる場合に必要。 登録販売者としての従事期間→業務従事証明書 (登録販売者) 一般従事者としての従事期間→実務従事証明書 (一般従事者) なお、原本を提示したうえで、写しを提出することでも可とする。
(6)	薬剤師免許証又は 販売従事登録証の写し *	申請時に原本を提示すること。
(7)	登記事項証明書 *	<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人のみ提出。 ・ 原本であること。
(8)	診断書 (*) (参考様式) *	<ul style="list-style-type: none"> ・ <u>申請者 (申請者が法人の場合、薬事に関する業務に責任を有する役員) 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提出。</u> ・ 原本であること。
(9)	添付書類の省略	*印のある書類については、高松市内で医薬品販売業等の許可を持ち、かつ高松市保健所長に一度提出した書類に変更がなければ、省略することができる。
(10)	手数料	30,000円 (現金)

※ 特定販売を行うにあたっては、別途届出が必要です。あらかじめ高松市保健所に御相談ください。

2 許可後の諸手続について

(1) 変更届について

- <必要書類> ① 変更届書（様式第6）
 ② 変更事項に応じた添付書類

① あらかじめ変更の届出が必要な事項

主な変更事項		添付書類・注意事項
(1)	店舗の名称	
(2)	相談時・緊急時の電話番号その他連絡先	
(3) 特定販売に関する事項	特定販売の実施の有無	・特定販売に係る届出事項（参考様式） ・業務体制表及びその別紙 特定販売に関する手順書を作成してください。
	ア. 使用する通信手段	インターネット・カタログ・電話等、注文の受領と情報提供を行う手段を記載すること。
	イ. 特定販売を行う医薬品の区分	・業務体制表及びその別紙 （資格者の業務体制が変更になる場合のみ）
	ウ. 特定販売を行う時間	・業務体制表及びその別紙 （資格者の業務体制が変更になる場合のみ）
	エ. 特定販売のみを行う時間	
	オ. 特定販売の広告に表示する名称	特定販売の広告に実店舗の名称と異なる名称を表示する場合のみ。
	カ. 主たるホームページアドレス	
キ. 適切な監督を行うために必要な設備の概要	営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合のみ。	

② 変更後30日以内に変更の届出が必要な事項

主な変更事項		添付書類・注意事項
(1)	申請者の氏名又は住所	<ul style="list-style-type: none"> ・個人の氏名の変更 → 戸籍謄(抄)本又は戸籍事項証明書 ・法人の名称又は住所の変更 → 登記事項証明書 (変更の履歴がわかるもの)
(2)	薬事に関する業務に責任を有する 役員の氏名 (申請者が法人の場合)	<ul style="list-style-type: none"> ・登記事項証明書(変更の履歴がわかるもの) ・診断書(新たに就任した者が、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)
(3)	店舗管理者 その他の薬剤師又は登録販売者 (氏名の変更も含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・店舗管理者、その他の薬剤師又は登録販売者の変更 → ・薬剤師免許証又は販売従事登録証の写し (原本を提示すること) ・雇用証明書又は業務従事証明書(役員用) ・業務体制表及びその別紙 <店舗管理者が登録販売者の場合> ・業務従事証明書(登録販売者)又は実務従事証明書(一般従事者)等 ・勤務簿の写し又はこれに準ずるもの(勤務状況報告書等) (原本を提示したうえで、写しを提出することでも可) ・氏名の変更 → 戸籍謄(抄)本又は戸籍事項証明書
(4)	店舗管理者の住所	
(5)	店舗管理者、その他の薬剤師又は登録販売者の週当たり勤務時間数	<ul style="list-style-type: none"> ・業務体制表及びその別紙
(6)	構造設備の主要部分	<ul style="list-style-type: none"> ・変更後の平面図
(7)	通常の営業日及び営業時間	<ul style="list-style-type: none"> ・業務体制表及びその別紙
(8)	販売・授与する医薬品の区分	<ul style="list-style-type: none"> ・業務体制表及びその別紙 (資格者の業務体制が変更になる場合のみ)
(9)	兼営事業	

(2) 許可更新申請について

許可は6年ごとに更新を受けなければなりません。

引き続き営業したい場合は、期限満了前までに許可更新の手続が必要です。

- <必要書類等>
- ① 医薬品販売業許可更新申請書(様式第76)
 - ② 医薬品販売業許可証
 - ③ 手数料 12,000円

(3) 許可証書換え交付申請及び再交付申請について

許可証の記載事項に変更があった場合には許可証書換え交付申請を、許可証を紛失したり汚損したりした場合には許可証再交付申請をすることができます。

- <必要書類等>
- ① 許可証書換え交付申請書(様式第3)又は許可証再交付申請書(様式第4)
 - ② 医薬品販売業許可証(紛失による再交付申請の場合は不要)
 - ③ 手数料 許可証書換え交付申請手数料 2,200円
許可証再交付申請手数料 3,100円

(4) 休止（再開）届について

営業を休止又は再開した場合には、30日以内に届出をしなければなりません。

<必要書類> 休止届書又は再開届書（様式第8）

- ・ 休止の場合は、備考欄には休止理由と再開予定年月日を記載すること。
ただし、休止の期間は6ヶ月程度を目途とすること。
- ・ 再開した場合は、再開届を提出すること。

(5) 廃止届について

営業を廃止した場合には、30日以内に届出をしなければなりません。

<必要書類> ① 廃止届書（様式第8）

② 医薬品販売業許可証（その他店舗販売業に付随する届出済証等）

【注意】

次の事例に該当する場合は、あらかじめ新規許可申請の手続き（「1 店舗販売業許可申請の手続きについて」を参照）及び廃止届の手続きが必要です。

- ① 店舗を移転（同一ビル内を含む）又は新築する場合。
- ② 申請者を変更（法人名義変更、法人⇔個人等）する場合。

3 参考資料

図1 配置図 (例示)

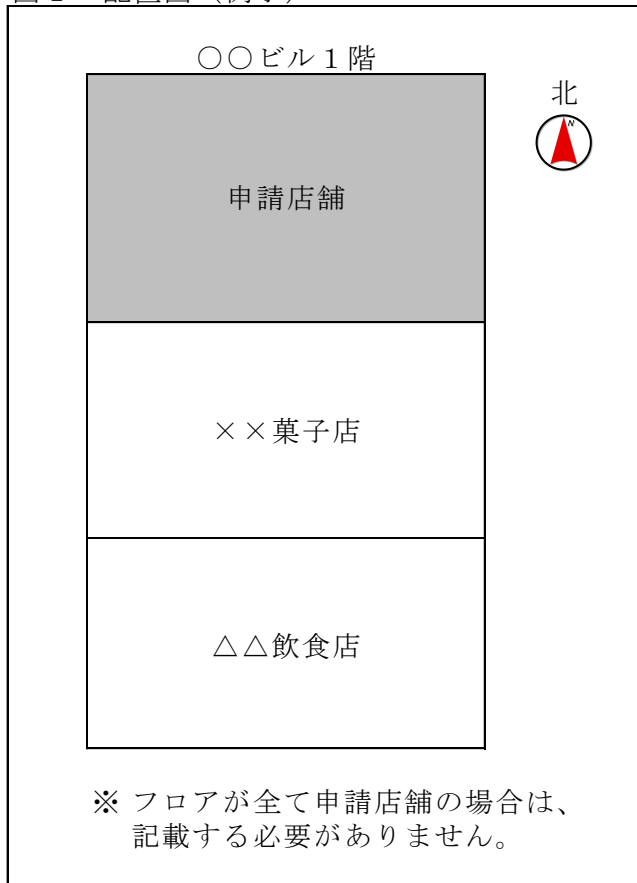
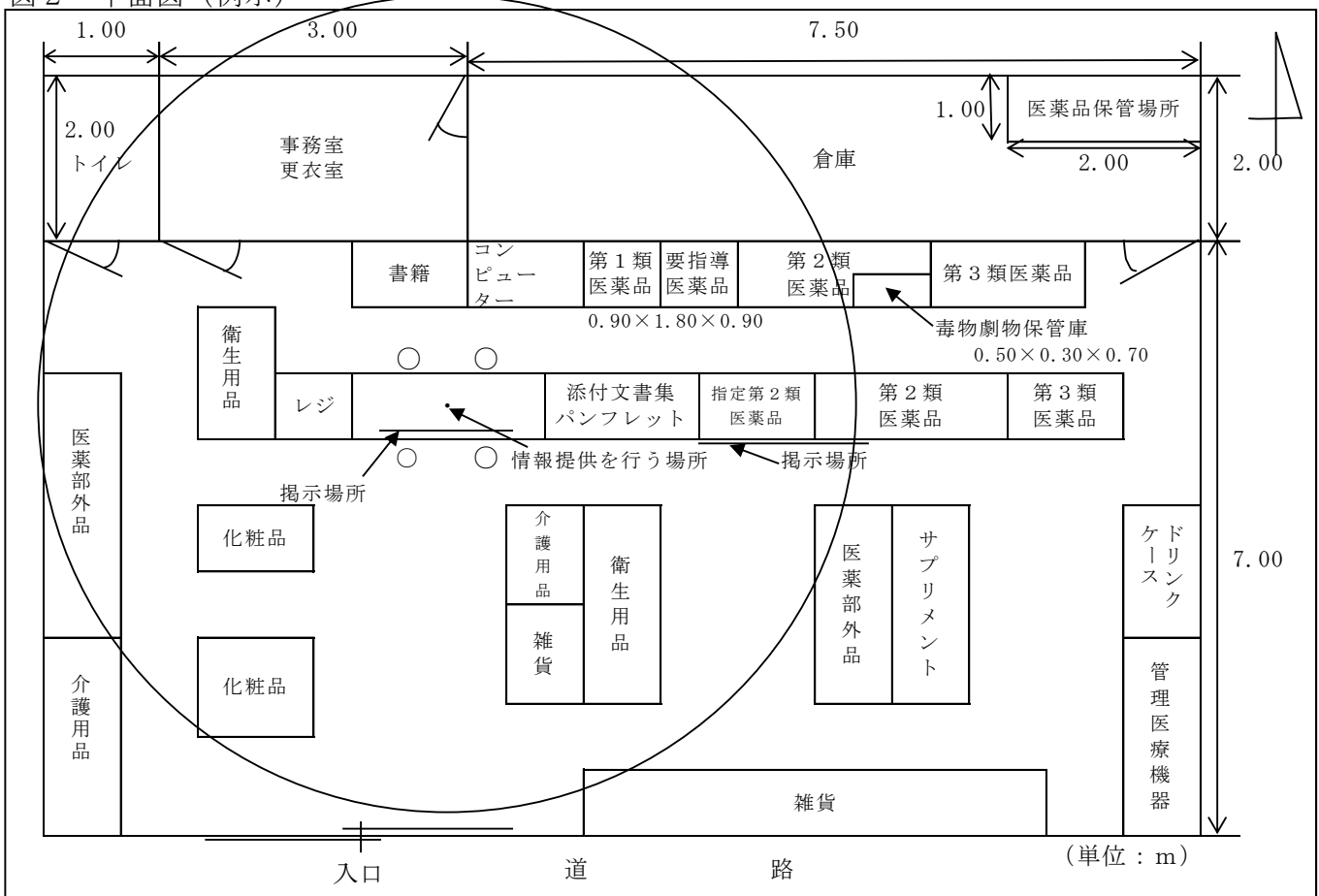


図2 平面図 (例示)



記入例

店舗販売業許可申請書

店舗の名称	〇〇ドラッグ 高松店		ビル名・階数も
店舗の所在地	高松市△△町1234-5 ××ビル1階		
店舗の構造設備の概要	別紙のとおり		平面図等を添付
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙のとおり		【添付書類】 ・許可申請書等の別紙 ・業務体制表及びその別紙
(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、〇〇 〇〇		該当する役員の氏名を記載
通常の営業日及び営業時間	月～土 10:00～19:00 日・祝日休		
相談時及び緊急時の連絡先	TEL: 087-123-4567		
特定販売の実施の有無	有 ・ 無		
申請者(法人にあっては、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項の規定により免許を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者	当該事実がない場合、法人の場合は「全員なし」、個人の場合は「なし」と記載 全員なし
	(3)	禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終った後、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、その違反行為があった日から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	冷暗貯蔵が必要な医薬品の取り扱い 有 ・ 無 毒薬の取り扱い 有 ・ 無 その他特記事項があれば記載		

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住所 氏名	法人に たる事	・申請者が個人の場合 → 住民票の氏名・住所を記載 ・申請者が法人の場合 → 登記事項証明書の法人名称・本社の所在地を記載
	法人に 称及び	

高松市保健所長 殿

店舗連絡先 (TEL)	(087) 123-4567
申請者連絡先 (TEL)	(087) 987-6543

業態		薬 局		店舗販売業	
事項					
管 理 者 <small>(薬 局 は 薬剤師のみ)</small>	氏 名	店舗 太郎		週 当 た り 勤 務 時 間 数	4 0 時 間
	住 所	高松市〇〇町1234-5			
	資 格	薬 剤 師 登 録 番 号 : 第11-11-11111号 登 録 年 月 日 : 平 成〇〇年〇〇月〇〇日 登録販売者			
そ の 他 の 薬 剤 師 又 は 登 録 販 売 者	氏 名	店舗 花子		週 当 た り 勤 務 時 間 数	4 0 時 間
	住 所	高松市〇〇町1234-5			
	資 格	薬 剤 師 登 録 番 号 : 第22-22-22222号 登 録 年 月 日 : 平 成〇〇年〇〇月〇〇日 登録販売者			
そ の 他 の 薬 剤 師 又 は 登 録 販 売 者	氏 名	第二 類太		週 当 た り 勤 務 時 間 数	4 0 時 間
	住 所	高松市△△町9876-5 ××マンション202号			
	資 格	薬 剤 師 登 録 番 号 : 第98-76-54321号 登 録 年 月 日 : 平 成〇〇年〇〇月〇〇日 登録販売者			
そ の 他 の 薬 剤 師 又 は 登 録 販 売 者	氏 名	第三 類子		週 当 た り 勤 務 時 間 数	3 2 時 間
	住 所	高松市□□町1丁目1-1			
	資 格	薬 剤 師 登 録 番 号 : 第 76-54-32101 号 登 録 年 月 日 : 平 成〇〇年〇〇月〇〇日 登録販売者			
そ の 他 の 薬 剤 師 又 は 登 録 販 売 者	氏 名	指定 二枝		週 当 た り 勤 務 時 間 数	1 2 時 間
	住 所	高松市××町432番			
	資 格	薬 剤 師 登 録 番 号 : 第 12-34-56789 号 登 録 年 月 日 : 平 成〇〇年〇〇月〇〇日 登録販売者			
そ の 他 の 薬 剤 師 又 は 登 録 販 売 者	氏 名	特定 三介		週 当 た り 勤 務 時 間 数	6 時 間
	住 所	高松市◎◎◎町21-1 ハイッ〇〇101号			
	資 格	薬 剤 師 登 録 番 号 : 第 34-56-78901 号 登 録 年 月 日 : 令 和〇〇年〇〇月〇〇日 登録販売者			
兼 営 事 業 の 種 類		<input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造業 及び製造販売業 <input type="checkbox"/> 医療機器販売業・貸与業 (高度・管理) <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 (一般・農業・特定) <input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input checked="" type="checkbox"/> 医療機器販売業・貸与業 (高度・管理) <input checked="" type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 (一般・農業・特定) <input checked="" type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input checked="" type="checkbox"/> 化粧品販売業 <input type="checkbox"/> その他 ()	
販 売 ・ 授 与 す る 医 薬 品 の 区 分		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局医薬品 (薬局製造販売医薬品を除く)		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品	
1 日 平 均 取 扱 処 方 箋 数				枚/日	
放 射 性 医 薬 品 (取 り 扱 っ ぱ と する 場 合)	そ の 種 類				
	必 要 な 設 備 の 概 要				
備 考					

薬局名・店舗名	〇〇ドラッグ 高松店
---------	------------

1 医薬品販売における専門家の週当たり勤務時間数

管理者が一番上に記載

薬剤師					登録販売者					
氏名	週当たり勤務時間数			備考	氏名	週当たり勤務時間数			備考	
	開店時間中 (実店舗)	特定販売のみ を行う時間	計			開店時間中 (実店舗)	特定販売のみ を行う時間	計		
Ⓢ					Ⓢ 店舗 太郎	40:00		40:00	・店舗管理者又は管理代行者となることのできない登録販売者は「研修中」と記入	
					店舗 花子	40:00		40:00		
					第二 類太	40:00		40:00		
					第三 類子	32:00		32:00		研修中
					指定 二枝		12:00	12:00		特定販売のみ
					特定 三介		6:00	6:00		研修中 特定販売のみ
A 開店時間中の週当たり勤務時間数合計					B 開店時間中の週当たり勤務時間数合計					
					152:00					

実店舗が開いている時間中の
医薬品販売における勤務時間
を記入

実店舗の閉店後、特定販売
のみを行う時間がある場合、
その時間中の勤務時間を記入

・担当業務に区別がある場合、
その旨を記載
・すべての業務を行う場合、
記載は不要
・その他特記事項があれば記入

特定販売のみを行う時間は含まない

2 薬局・店舗の開店時間等（1週間の総和）

開店時間の種類	週当たり 時間数
① 開店時間（実店舗が開店している時間）	54:00
② ①のうち、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間	54:00
③ ②のうち、要指導医薬品又は第1類医薬品を販売等する開店時間	
④ ②のうち、要指導医薬品を販売等する開店時間	
⑤ ②のうち、第1類医薬品を販売等する開店時間	

例)
・開店時間
月～土 10:00～19:00
・第2類・第3類医薬品販売時間
月～土 10:00～19:00
・要指導・第1類医薬品の販売時間
無し
・特定販売のみを行う時間
月～土 19:00～21:00
の場合...

3 情報提供及び指導を行う場所の数

情報提供及び指導を行う場所の種類	箇所数
⑥ 要指導医薬品又は一般用医薬品の情報提供場所	2
⑦ ⑥のうち、要指導医薬品及び第1類医薬品の情報提供場所	1

例)
・情報提供場所が全部で2か所
・要指導医薬品・第1類医薬品の
情報提供は、うち1か所で行う
場合...

4 特定販売を行う時間【特定販売を行う場合のみ記入】

特定販売を行う時間の種類	週当たり 時間数
⑧ 営業時間（開店時間 + 特定販売のみを行う時間） □ 開店時間と営業時間が同じ場合 → 【業務体制表 別紙1】を添付 （開店時間中のみ特定販売を行う場合） ■ 特定販売のみを行う時間がある場合 → 【業務体制表 別紙1及び2】を添付	66:00

上記例)の場合...
開店時間54時間
+ 特定販売のみを行う時間12時間
= 営業時間66時間

5 取扱処方箋数（前年において業務を行った期間が3か月以上である場合のみ）【薬局のみ記入】

総取扱処方箋枚数 【（眼科・耳鼻科・歯科）×2/3+その他の診療科で算出】		枚
前年において業務を行った期間及び日数		日間
1日平均処方箋枚数		枚
必要な常勤薬剤師数		人

店舗販売業は記入不要

記入例

業務体制表 別紙1【開店時間】

1 薬局・店舗の開店時間等

	月		火		水		木		金		土		日	小計	備考	
	小計	～	小計	～	小計	～	小計	～	小計	～	小計	～				
① 開店時間（実店舗が開店している時間）	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	～	9:00	54:00	
② ①のうち、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	～	9:00	54:00	
③ ②のうち、要指導医薬品又は第1類医薬品を販売等する開店時間		～			～			～			～		～			

届出している「通常の営業時間」と相違ないことを確認

「業務体制表」に記載しない週当たり時間数と相違ないことを確認

2 薬剤師・登録販売者の勤務時間等

資格者の氏名	月		火		水		木		金		土		日	小計	備考	
	小計	～	小計	～	小計	～	小計	～	小計	～	小計	～				
【管】登録販売者 店舗 太郎	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	～	8:00	40:00	H21.6.1～
登録販売者 店舗 花子		～		10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	～	8:00	40:00	H24.4.1～ H27.9.30 H27.12.1～
登録販売者 第二 類太	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	～	8:00	40:00	H26.8.1～
登録販売者 第三 類子	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	10:00	～	19:00	～	8:00	32:00	研修中 R00.00.00～
薬剤師 販売者		～			～			～			～		～			
薬剤師・登録販売者		～			～			～			～		～			
薬剤師・登録販売者		～			～			～			～		～			

・開店時間中に勤務する者のみ記入
・資格者の別を選択

小計欄には、実勤務の時間を記入
例)
9:00～18:00 勤務、休憩1時間
→ 8:00
12:00～15:00 勤務、休憩なし
→ 3:00

・店舗管理者又は管理代行者とすることできない
登録販売者は「研修中」と記入
・過去5年間のうち、
薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下に実務
(業務)に従事した「期間」を記入
(現在も継続して従事している場合は、期間の
終わりの記載はしなくてよい)

【記入上の注意】

- 開店時間中に従事する全ての資格者について記入すること。
- 具体的な販売・勤務時間等、販売・勤務時間数を記入すること。
- 備考欄に、店舗管理者又は管理代行者になることできない登録販売者について、「研修中」と記入すること。
- 備考欄に、過去5年間のうち、薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下に実務(業務)に従事した「期間」を記入すること。
- 書ききれない場合には、適宜、様式を作成して差し支えない。
- 「1 薬局・店舗の営業時間等」
 - ・「② ①のうち、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間」について、
 - ・「① 開店時間（実店舗が開店している時間）」と同一場合は記入を要しない。
 - ・「③ ②のうち、要指導医薬品又は第1類医薬品を販売等する開店時間」について、
 - ・「② ①のうち、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間」と同一場合は記入を要しない。
- 「2 開店時間中に勤務する者のみ記入すること」
 - ・「薬剤師・登録販売者」について、当てはまる方を選択すること。
 - ・「開店時間中の勤務時間等」のみ記入すること。

業務体制表 別紙2【特定販売のみを行う時間】

薬局名・店舗名： ○○ドラッグ 高松店

記入例

1 薬局・店舗の特定販売を行う時間等

	月		火		水		木		金		土		日		計	備考
	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～		
⑧ 営業時間 (開店時間 + 特定販売のみを行う時間)	10:00	21:00	10:00	21:00	10:00	21:00	10:00	21:00	10:00	21:00	10:00	21:00	～	～	66:00	
⑨ 特定販売のみを行う時間	19:00	21:00	19:00	21:00	19:00	21:00	19:00	21:00	19:00	21:00	19:00	21:00	～	～		
⑩ ⑨のうち、第1類医薬品又は薬局製造販売医薬品の特定販売を行う時間	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～		

「業務体制表」に記載した週当たり時間数と相違ないことを確認

2 特定販売のみを行う時間中における薬剤師・登録販売者の勤務時間等

資格者の氏名	月		火		水		木		金		土		日		計	備考
	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～			
登録販売者 指定 二枝	19:00	21:00	19:00	21:00	19:00	21:00	19:00	21:00	19:00	21:00	19:00	21:00	～	～	12:00	H26.8.1～
登録販売者 特定 三介	19:00	21:00	19:00	21:00	～	～	～	～	19:00	21:00	～	～	～	～	6:00	研修中 R〇〇.〇〇〇〇～
薬剤師・登録販売者	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～		
薬剤師・登録販売者	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～	～		

・特定販売のみを行う時間中に勤務する者のみ記入
・資格者の別を選択

・店舗管理者又は管理代行者となることのできる経験のない登録販売者は「研修中」と記入
・過去5年間のうち、薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下に実務(業務)に従事した「期間」を記入
(現在も継続して従事している場合は、期間の終わりの記載はしなくてよい)