

構造設備の概要（薬局、店舗販売業、卸売販売業用）（記載例）

○施設

建物の構造	☐ 木造 ☒ 鉄筋 ☐ その他（ 5 階建ての 1 階		
薬局、店舗、営業所の総面積	30m ²		
冷暗貯蔵設備	(有) ・ 無	鍵のかかる貯蔵設備	(有) ・ 無
分置倉庫の有無 (卸売販売業のみ)	無 ・ 有	☐ 同一敷地 ☐ 近接地 分置倉庫の面積 m²	

調剤室面積	m ²		
床の材質	☐ 板張り ☐ コンクリート ☐ その他 ()		
天井の材質	☐ 板張り ☐ コンクリート ☐ その他 ()		
調剤室への進入防止措置	有 ・ 無	調剤に必要な設備・器具	有 ・ 無
調剤室の閉鎖構造	有 ・ 無	☒ 施錠 ☐ その他（ ()	
無菌調剤室	無 ・ 有	☐ 自らの薬局のみで使用 ☐ 他薬局の調剤に従事する薬剤師も使用	
他薬局の無菌調剤室の利用	無 ・ 有		
名 称 : 所 在 地 : 許可番号 :			

○要指導医薬品又は一般用医薬品

情報提供及び指導を行う場所	1ヶ所	
開店時間のうち要指導医薬品又は一般用医薬品を販売しない時間	(無) ・ 有	☐ シャッター ☐ パーティション ☐ チェーン ☐ その他（ ()
開店時間のうち要指導医薬品又は第1類医薬品を販売しない時間	(無) ・ 有	☐ シャッター ☐ パーティション ☐ チェーン ☐ その他（ ()
要指導医薬品陳列設備	無 ・ (有)	☐ 陳列設備から1.2m以内への進入防止措置 ☒ 鍵をかけた陳列設備 ☐ 直接手の触れられない陳列設備
第1類医薬品陳列設備	無 ・ (有)	☐ 陳列設備から1.2m以内への進入防止措置 ☒ 鍵をかけた陳列設備 ☐ 直接手の触れられない陳列設備
指定第2類医薬品陳列設備	無 ・ (有)	☒ 情報提供指導設備から7m以内 ☐ 鍵をかけた陳列設備 ☐ 陳列設備から1.2m以内への進入防止措置

※ 「無・有」については該当するものに○をつけること。分置倉庫の有無、無菌調剤室の有無、要指導医薬品又は一般用医薬品の各項目で有の場合は、右側の□で該当するものにレ点をつけること。

※ □については該当するものにレ点をつけること。

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

求 積 表 (記載例)

求積用平面図 (求積に必要な寸法を詳細に記載してください。)

別 紙 の と お り

この様式に書ききれないときは、別紙に
記載すること

求積式及び求積値

※面積は内法で算出し、計算式等を記入すること。

○薬局、店舗、営業所の総面積

$$0.0m \times 0.0m - 0.0m \times 0.0m \times \square (\text{柱面積分}) = 00.0m^2$$

○調剤室 (薬局)、医薬品倉庫 (卸売販売業) の面積

(注) この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

通常の営業日及び営業時間（記載例）

○営業日及び営業時間

	営業時間（開店時間＋特定販売のみを行う時間）		開店時間（実店舗が開局・開店している時間）	
			□営業時間と同じ □営業時間と異なる →営業時間と異なる場合は下表に記載	
月曜日	9：00 ～ 19：00	10 時間	：同左～	： 時間
火曜日	9：00 ～ 19：00	10 時間	：同左～	： 時間
水曜日	9：00 ～ 19：00	10 時間	9：00 ～ 13：00	4 時間
木曜日	9：00 ～ 19：00	10 時間	：同左～	： 時間
金曜日	9：00 ～ 19：00	10 時間	：同左～	： 時間
土曜日	9：00 ～ 13：00	4 時間	：なし～	： 時間
日曜日	：なし～	時間	：なし～	： 時間
備考	（医薬品以外を販売する時間がある場合は記載すること。）		開店時間が営業時間と同じであれば「同左」、異なる場合はその時間を記載	

	特定販売を行う時間		特定販売のみを行う時間	
	□無 □有→下表に記載		□無 □有→下表に記載	
月曜日	：なし～	： 時間	：なし～	： 時間
火曜日	9：00 ～ 19：00	10 時間	：なし～	： 時間
水曜日	9：00 ～ 19：00	10 時間	13：00 ～ 19：00	6 時間
木曜日	9：00 ～ 19：00	10 時間	：なし～	： 時間
金曜日	9：00 ～ 19：00	10 時間	：なし～	： 時間
土曜日	9：00 ～ 13：00	4 時間	9：00 ～ 13：00	4 時間
日曜日	：なし～	： 時間	：～	： 時間
備考	特定販売を行う時間を記載（ない場合は上の「無」にチェック）※ 必ず営業時間内に行うこと			

※□については□にチェックすること。

※一般用医薬品の特定販売を行う場合は、開店時間の一週間の総和が 30 時間以上であり、そのうち深夜（午後 10 時～午前 5 時）以外の開店時間の一週間の総和が 15 時間以上であることを目安とすること。

○1 週間の総時間数

営業時間の 1 週間の総和	上の営業時間の和（10 時間×5 日＋4 時間×1 日）	54 時間
開店時間の 1 週間の総和	上の開店時間の和（10 時間×4 日＋4 時間×2 日）	48 時間
要指導医薬品を販売し、又は授与する開店時間の 1 週間の総和		48 時間
第 1 類医薬品を販売し、又は授与する開店時間の 1 週間の総和		48 時間
一般用医薬品を販売し、又は授与する開店時間の 1 週間の総和		48 時間

※営業時間
○要指導医薬品は対面販売のため、開店時間外の販売不可
○第 1 類医薬品は薬剤師が従事する時間に販売
ける、それぞれの月曜から日曜までの時間の総和を記載すること。

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

雇 用 証 明 書 (記載例)

令和5年 9月 22日

私たちは、下記事項を条件として使用関係にあることを証明します。

雇 用 者 住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地) 東京都〇区〇〇町〇番地
氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 〇〇薬店
代表取締役 〇〇 〇

被雇用者 住 所 札幌市中央区大通西19丁目〇-〇
氏 名 〇 〇 〇 〇

生年月日 平成 2年 〇月 〇日

記

1 勤務場所 所在地 札幌市〇〇区〇〇条〇〇丁目〇-〇
名 称 〇〇薬店 〇〇店

2 業務内容

☐ 薬局管理者

該当するところにチェック「レ」を入れる

☒ 店舗管理者 (☐ 薬剤師 ☐ 登録販売者)

☐ 管理者以外の従事者 (☐ 薬剤師 ☐ 登録販売者)

☐ 医薬品営業所管理者 (☐ 薬剤師 ☐ みなし合格登録販売者 ☐ 医療用ガス類 ☐ 歯科用医薬品)

☐ 高度管理医療機器等営業所管理者

3 勤務日・勤務時間

月、火、木、金：午前9時～午後5時 水、土：午前9時～午後1時 (週40時間)

4 休日

日、祝日、年末年始

5 その他

業務従事証明書（登録販売者用）

令和〇〇年××月◆◆日

（従事者の氏名） 様

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）

札幌市〇〇区××条◆◆丁目▽▽番★★号

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇薬店 代表取締役 ○× ○▽

以下のとおりであることを証明します。

氏名	□□ ●● （生年月日：昭和××年△△月□□日）
住所	〒×××-×〇×〇 札幌市△△区××条〇〇丁目●-● ○〇マンション××号
販売従事登録年月日 及び登録番号	登 録 年 月 日：平成〇〇年◆◆月●●日 登 録 番 号：012348765
薬局若しくは店舗の 名称等又は配置の区 域等	業 態： □薬局， ☒ 店舗販売業， □配置販売業 許 可 番 号： 札幌医（薬）第〇〇〇〇号 薬局又は店舗の名称： ○〇薬店 □□店 薬局又は店舗の所在地： 札幌市△△区××条〇〇丁目●-● 配 置 の 区 域：
管理番号	

1. （1）業務期間 2年 月間（令和3年 4月 ～ 令和5年 3月）
（2）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 2年 月間（令和3年 4月 ～ 令和5年 3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）
- ①主に一般用医薬品の販売等の直接の業務 ②一般用医薬品の販売時の情報提供業務
③一般用医薬品に関する相談対応業務 ④一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
⑤一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務 ⑥一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□にレ点を記入すること。）
☒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. 上記1の期間における勤務状況 根拠書類： _____

従事期間 （1か月単位で記載）	従事 時間	従事期間 （1か月単位で記載）	従事 時間	従事期間 （1か月単位で記載）	従事 時間
令和5年3月1日～31日	98	令和4年7月1日～31日	118	令和3年11月1日～30日	102
令和5年2月1日～28日	102	令和4年6月1日～30日	143	令和3年10月1日～31日	111
令和5年1月1日～31日	123	令和4年5月1日～31日	152	令和3年9月1日～30日	110
令和4年12月1日～31日	114	令和4年4月1日～30日	112	令和3年8月1日～31日	108
令和4年11月1日～30日	109	令和4年3月1日～31日	108	令和3年7月1日～31日	98
令和4年10月1日～31日	102	令和4年2月1日～28日	95	令和3年6月1日～30日	97
令和4年9月1日～30日	98	令和4年1月1日～31日	89	令和3年5月1日～31日	102
令和4年8月1日～31日	158	令和3年12月1日～31日	91	令和3年4月1日～30日	105

* 欄が不足する場合は、同内容を別紙に設けて記載すること。（分単位は切り捨てること。）

5. 受講した外部研修の年月日、実施機関名及び研修時間

令和×年×月×日、令和〇年〇月〇日に各6時間の講義（修了証は別添のとおり）

計12時間の外部研修を受講

薬局開設者又は医薬品の販売業者の担当者氏名：

連絡先電話番号：

実務従事証明書（一般従事者用）

令和〇〇年××月◆◆日

（従事者の氏名） 様

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）

札幌市〇〇区××条◆◆丁目▽▽番★★号

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇薬店 代表取締役 ○× ○▽

以下のとおりであることを証明します。

氏名	□□ ●● （生年月日：昭和××年△△月□□日）
住所	〒×××-×〇×〇 札幌市△△区××条〇〇丁目●-● 〇〇マンション××号
薬局若しくは店舗の 名称等又は配置の区 域等	業 態： □薬局， ☒ 店舗販売業，□配置販売業 許 可 番 号： 札幌医（薬）第〇〇〇〇号 薬局又は店舗の名称： 〇〇薬店 □□店 薬局又は店舗の所在地： 札幌市△△区××条〇〇丁目●-● 配 置 の 区 域：
管理番号	

1. 実務期間 2年 月間（令和3年 4月 ～令和5年 3月）

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）

- ①主に一般用医薬品の販売等の直接の実務
②一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
③一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
④一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
⑤一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
⑥一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□にレ点を記入すること。）

☒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. 上記1の期間における勤務状況 根拠書類： _____

従事期間 （1か月単位で記載）	従事 時間	従事期間 （1か月単位で記載）	従事 時間	従事期間 （1か月単位で記載）	従事 時間
令和5年3月1日～31日	98	令和4年7月1日～31日	118	令和3年11月1日～30日	102
令和5年2月1日～28日	102	令和4年6月1日～30日	143	令和3年10月1日～31日	111
令和5年1月1日～31日	123	令和4年5月1日～31日	152	令和3年9月1日～30日	110
令和4年12月1日～31日	114	令和4年4月1日～30日	112	令和3年8月1日～31日	108
令和4年11月1日～30日	109	令和4年3月1日～31日	108	令和3年7月1日～31日	98
令和4年10月1日～31日	102	令和4年2月1日～28日	95	令和3年6月1日～30日	97
令和4年9月1日～30日	98	令和4年1月1日～31日	89	令和3年5月1日～31日	102
令和4年8月1日～31日	158	令和3年12月1日～31日	91	令和3年4月1日～30日	105

* 欄が不足する場合は、同内容を別紙に設けて記載すること。（分単位は切り捨てること。）

5. 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、実施機関名及び研修時間

令和×年×月××日、令和〇年〇月〇日に各6時間の講義（修了証は別添のとおり）

計12時間の外部研修を受講

薬局開設者又は医薬品の販売業者の担当者氏名：

連絡先電話番号：

業務従事確認書

令和〇〇年××月◆◆日

札幌市保健所長様

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）

札幌市〇〇区××条◆◆丁目▽▽番★★号

氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇薬店 代表取締役 ○× ○▽

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：昭和××年△△月□□日）
住所	〒×××-×〇×〇 札幌市△△区××条〇〇丁目●-● 〇〇マンション××号
販売従事登録年月日 及び登録番号	平成〇〇年◆◆月●●日 012348765
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇薬店 □□店 札幌市△△区××条〇〇丁目●-●
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	札幌市△△区××条〇〇丁目●-●

1. 業務期間（ 3 年 月間） 令和2年 4 月 ～ 令和5年 3 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
（ 3 年 月間） 令和2年 4 月 ～ 令和5年 3 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）

令和×年×月××日、令和〇年〇月〇日に各6時間の講義（修了証は別添のとおり）

計12時間の外部研修を受講

（注意）

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 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。
- 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。
- 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。

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

取り扱う医薬品の区分及び特定販売の方法

処方箋に基づく交付のみであれば「無」

○取り扱う医薬品の区分

	薬局、店舗において 販売する医薬品	特定販売を行う 医薬品
薬局医薬品（調剤された薬剤、薬局製造 販売医薬品を除く。）	有 ・ ③無	
薬局製造販売医薬品（毒薬及び劇薬であ るものを除く。）	有 ・ ③無	有 ・ ③無
要指導医薬品	③有 ・ 無	
第1類医薬品	③有 ・ 無	③有 ・ 無
指定第2類医薬品	③有 ・ 無	③有 ・ 無
第2類医薬品（指定第2類医薬品を除 く。）	③有 ・ 無	③有 ・ 無
第3類医薬品	③有 ・ 無	③有 ・ 無

※ 「有・無」については該当するものに○をつけること。

○特定販売の方法

特定販売を行う際に使用する 通信手段	☐ インターネット ☐ 電子メール ☐ カタログ ☐ 電話 ☐ 折込チラシ ☐ FAX ☐ その他（ ）	
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	無 ・ ③有	<名称> 〇〇薬店〇〇店インターネットショップ
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	※ 複数ある場合は全て記載すること。 http://www.●●●●..... 閲覧時に必要なパスワード 無 ・ ③有 （ID： ●●●● パスワード：##### ）	
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 ホームページの構成の概要	別紙のとおり	
行政による監督のための設備 の概要	※ 特定販売のみを行う時間がある場合のみ ☐ 行政が指定した画像を電送できる設備 ☐ その他（ ）	

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

※ ☐については、該当するもの全てにレ点をつけること。

※ 主たるホームページの構成の概要を示した書類として、以下の内容が分かる書類を添付すること。また、カタログ等を用いて特定販売を行う場合も、同様にその概要が分かる資料を提出すること。

- ・ホームページのトップページ ・医薬品の表示内容（個別の販売ページ、医薬品一覧、検索結果等）
- ・薬局又は店舗の管理及び運営に関する事項
- ・要指導医薬品及び一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項
- ・薬局又は店舗の主要な外観の写真など、医薬品医療機器等法施行規則別表第1の3に掲げる事項

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

薬局の業務を行う体制の概要（記載例）

○体制省令（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）で定める基準に適合することを確認した上で、右の枠の「適」に○をつけてください。要指導医薬品等を扱わない場合は、「－」に○をつけてください。

適・不適	
調剤に従事する薬剤師の員数 ^{※1} が一日平均取扱処方箋数（推定）を40で除して得た数以上であること。	適 ・ 不適
調剤に従事する薬剤師の週当たり勤務時間数の総和 ^{※2} が、当該薬局の開店時間の一週間の総和以上であること。	適 ・ 不適
販売又は授与に従事する薬剤師及び登録販売者の週当たり勤務時間数の総和 ^{※2} を要指導医薬品の情報の提供及び指導を行う場所並びに一般用医薬品の情報の提供を行う場所の数で除して得た数が、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売し、又は授与する開店時間の一週間の総和以上であること。	適 ・ 不適 －
販売又は授与に従事する薬剤師の週当たり勤務時間数の総和 ^{※2} を要指導医薬品の情報の提供及び指導を行う場所並びに第一類医薬品の情報の提供を行う場所の数で除して得た数が、要指導医薬品又は第一類医薬品を販売し、又は授与する開店時間の一週間の総和以上であること。	適 ・ 不適 －

※1 常勤を1とし、端数は切り捨てとする。

※2 特定販売のみに従事する勤務時間数を除く。

○体制省令で定める以下の体制を備え、措置を講じた上で、右の枠の「有」に○をつけてください。

有・無	
営業時間又は営業時間外で相談を受ける時間内における相談があった場合の情報提供及び指導を行うための体制	① ・ 無
調剤の業務に係る医療の安全を確保するための指針の策定（従事者に対する研修の実施等の盛り込み）	① ・ 無
調剤された薬剤に関する情報提供及び指導その他の調剤の業務に係る適正な管理を確保するための指針の策定（従事者に対する研修の実施等の盛り込み）	① ・ 無
調剤された薬剤以外の医薬品に関する情報提供及び指導その他医薬品の販売又は授与の業務に係る適正な管理を確保するための指針の策定（従事者に対する研修の実施等の盛り込み）	① ・ 無 ・ ー
医薬品の安全使用のための責任者の設置	① ・ 無
従事者から薬局開設者への事故報告体制	① ・ 無
医薬品の貯蔵設備を設ける区域に立ち入ることができるものの特定	① ・ 無
医薬品の安全使用並びに調剤された薬剤及び医薬品の情報提供のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施	① ・ 無
調剤及び医薬品の販売又は授与の業務に係る適正な管理のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施	① ・ 無

○薬剤師不在時間の届出を行う場合、体制省令で定める以下の体制を備え、措置を講じた上で、右の枠の「有」に○をつけてください。

有・無	
営業時間又は営業時間外で相談を受ける時間内における相談があった場合の情報提供及び指導を行うための体制	有 ・ 無
調剤の業務に係る医療の安全を確保するための指針の策定（従事者に対する研修の実施等の盛り込み）	有 ・ 無
調剤された薬剤に関する情報提供及び指導その他の調剤の業務に係る適正な管理を確保するための指針の策定（従事者に対する研修の実施等の盛り込み）	有 ・ 無

薬剤師不在時間が無いときは斜線を引く

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

添付書類省略（記載例）

同じ法人が札幌市保健所に以前同種の届出を行った場合、各種添付書類を省略できます。ただし、廃止した施設の場合は省略できないこともありますので、事前にご相談ください。また、登記事項は内容に変更があった場合は省略することはできません。

1 登記事項証明書省略

(1) 許可の種類

(2) 許可番号及び年月日

(3) 薬局（店舗、営業所）の所在地

(4) 薬局（店舗、営業所）の名称

(5) 申請（届出）年月日

2 雇用関係書類省略

北海 花子

分

(1) 許可の種類

店舗販売業

雇用証明書、薬剤師免許証
や販売従事登録票の写し等

(2) 許可番号及び年月日

平成 30 年 1 月 1 日 札幌医許可(薬)第 10000 号

(3) 薬局（店舗、営業所）の所在地

札幌市中央区大通西 19 丁目 1-1

(4) 薬局（店舗、営業所）の名称

〇〇薬店 〇〇店

(5) 申請（届出）年月日

令和元年 6 月 1 日 変更届に添付

備考 上記の省略する書類を提出した薬局（店舗、営業所）の許可の種類、許可番号、年月日、所在地、名称及び省略する書類を添付した許可申請、変更届等の申請（届出）年月日を記載してください。

（注）この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。