**構造設備の概要（薬局、店舗販売業、卸売販売業用）**

○施設

|  |  |
| --- | --- |
| 建物の構造 | □木造　□鉄筋　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　階建ての　　　　　　　　階 |
| 薬局、店舗、営業所の総面積 | ㎡ |  |
| 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　　　　　　　　㎡ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調剤室面積 | ㎡ |  |
| 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 | 　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。

**求　積　表**

|  |
| --- |
| 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。） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　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 |
| 　○調剤室（薬局）、医薬品倉庫（卸売販売業）の面積 |

**雇　用　証　明　書**

　　　　　　年　　月　　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()

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名()

　　　　　　　　　　　　被雇用者　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日

記

１　勤務場所　　所在地

　　　　　　　　名　称

２　業務内容

□薬局管理者

□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

４　休日

５　その他

**従　事　経　験　証　明　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　　　年　　月　　日

　上記の者は、下記のとおり実務に従事したことを証明します。

１　従事内容　（該当するものを○で囲むこと）

　　　　　　　　(1) 歯科用医薬品の販売又は授与に関する業務

　　　　　　　　(2) ガス性医薬品の販売又は授与に関する業務

２　従事した事業所

　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　許可業態（該当するものを○で囲むこと）

　　　　　　　　(1) 卸売販売業（卸売一般販売業）

　　　　　　　　(2) 特例販売業（一種ガス性・一種歯科用）

３　実務に従事した期間　　　　　　　　年　　　　月　　　　日から

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日まで

　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　雇 用 者　 住　所()

　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名()

添付書類省略

１　登記事項証明書省略

1.
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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　分

1.
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

　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。