

## ◆◆◆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

【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、申請書の提出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、明石市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、医薬品の調剤及び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

### 5 書類の提出先

あかし保健所保健総務課

所在地：明石市大久保町ゆりのき通1丁目4-7

電話番号：078-918-5414

※受付時間：8時55分から12時、13時から17時40分

6 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 |
|--|-----------|-----------|
| ①店舗販売業許可申請書  | ◎         | ◎         |
| ②店舗の構造設備の概要  | ◎         | ◎         |
| 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（原本又は事業者が原本証明した写し <sup>※1</sup> の提出）（発行後3か月以内のもの）  | —         | ◎         |
| ⑤申請者の医師の診断書 <sup>※2</sup> （原本又は事業者が原本証明した写し <sup>※1</sup> の提出）（発行後3か月以内のもの）                            | ○         | ○         |
| ⑥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                 | ◎         | ◎         |
| ⑦管理者の使用関係証書 <sup>※3</sup>  | ○         | ◎         |
| ⑧管理者の実務又は業務経験等を証明する書類（管理者が登録販売者の場合） <sup>※4</sup>  | ○         | ○         |
| ⑨その他薬剤師・登録販売者の使用関係証書 <sup>※5</sup>   | ○         | ○         |
| ⑩勤務表 <sup>※6</sup>   | ◎         | ◎         |
| ⑪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   | ○         | ○         |
| ⑫体制省令で求められている指針・手順書  | ◎         | ◎         |
| ⑬資格を証する書類（原本の提示又は事業者が原本証明した写し <sup>※1</sup> の提出）   | ◎         | ◎         |
| ⑭管理者が登録販売者（薬種商適格者を除く）の場合、管理医療機器を販売等するための資格を証する書類 <sup>※7</sup> （原本の提示又は事業者が原本証明した写し <sup>※1</sup> の提出） | ○         | ○         |

①②⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪の様式等については別添1「添付書類等様式一覧」を参照

※1 事業者が原本証明した写し

事業者が以下のア～ウの事項を記載し、原本証明を行った写しを提出してください。

また、一度の申請等で複数の証書等が原本証明の対象となる場合は、様式1のように一覧化した原本証明書を作成し、提出することも可能です。

ア 当該写しが原本と相違ない旨

イ 原本証明を行った年月日

ウ 証明者の氏名（法人にあつては名称及び代表者の氏名）

※2 申請者の診断書

- 申請者（法人の場合は、薬事に関する業務に責任を有する役員）が精神の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は、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提出が必要です。

※3 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又は雇用証書の原本又は事業者が原本証明した写し<sup>※1</sup>の提出が必要です。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、当該薬局を实地に管理させる旨の誓約書を提出してください。

※4 管理者の実務又は業務経験等を証明する書類

- 作成に用いる様式については別添2「店舗管理者の要件及び実務又は業務経験を証明

する書類について」を参照してください。

**※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**

- ・ 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。
- ・ 実務等経験2年未満の登録販売者の勤務時間については合計時間を含めないでください。

**※7 管理医療機器を販売するための資格を証する書類**

- ・ 販売するための資格の詳細は「はじめて管理医療機器を販売する方へ」を参照してください。

7 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  | 〇〇薬店                       |  |                 |
| 店 舗 の 所 在 地  | 〒〇〇〇-〇〇〇〇<br>明石市〇〇町〇丁目〇番〇号 |  | TEL〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 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 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、□□ □□、△△ △△          |  |                 |
| 通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間                                  | 月～金：〇時～〇時 土：〇時～〇時          |  |                 |
| 相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先                                  | 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇              |  |                 |
| 特 定 販 売 の 実 施 の 有 無                                      | 有 ・ 無                      |  |                 |
| 責 任 を 有 す る 役 員 に あ っ て は 薬 事 に 関 す る 業 務 に 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     | <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第一類医薬品<br><input checked="" type="checkbox"/> 指定第二類医薬品<br><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<br><input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業<br><input checked="" type="checkbox"/> 管理医療機器販売業・貸与業<br><input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 (法人にあつては、主たる事業所の所在地) 兵庫県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏 名 (法人にあつては名称及び代表者の氏名) 〇〇株式会社 代表取締役 〇〇 〇〇

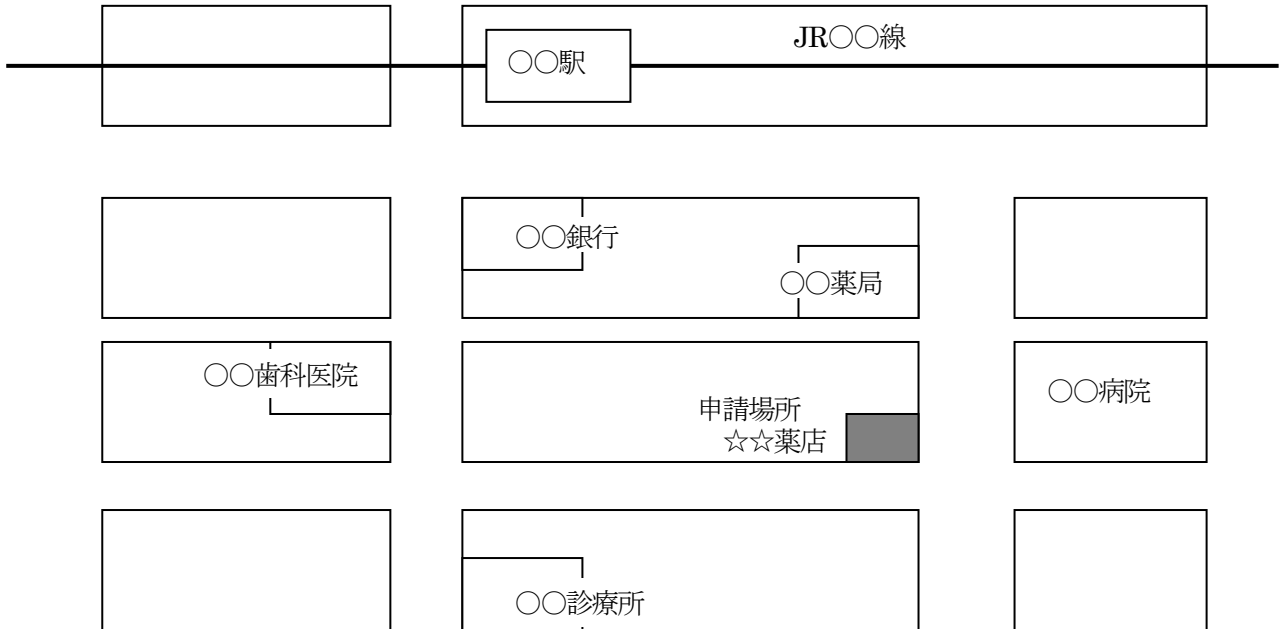
明石市長 様

[連絡先] 担当者名：〇〇 〇〇  
電話番号：〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

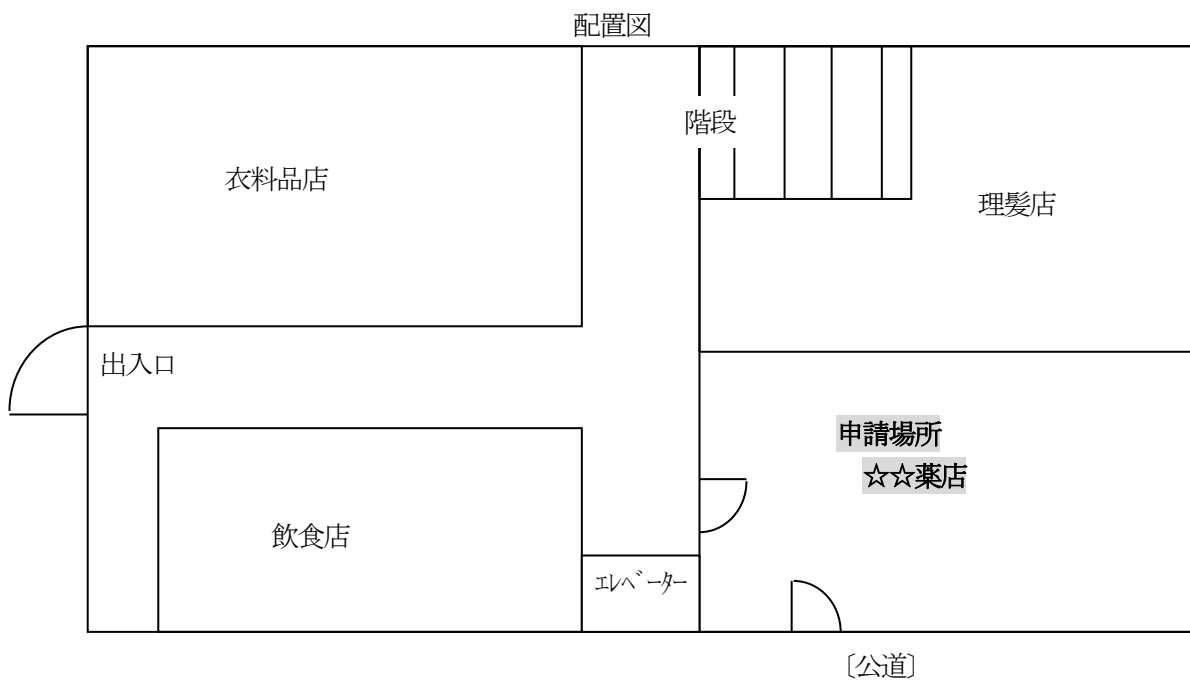
## 8 添付資料の記載例

### (1) 付近の見取り図（記載例）

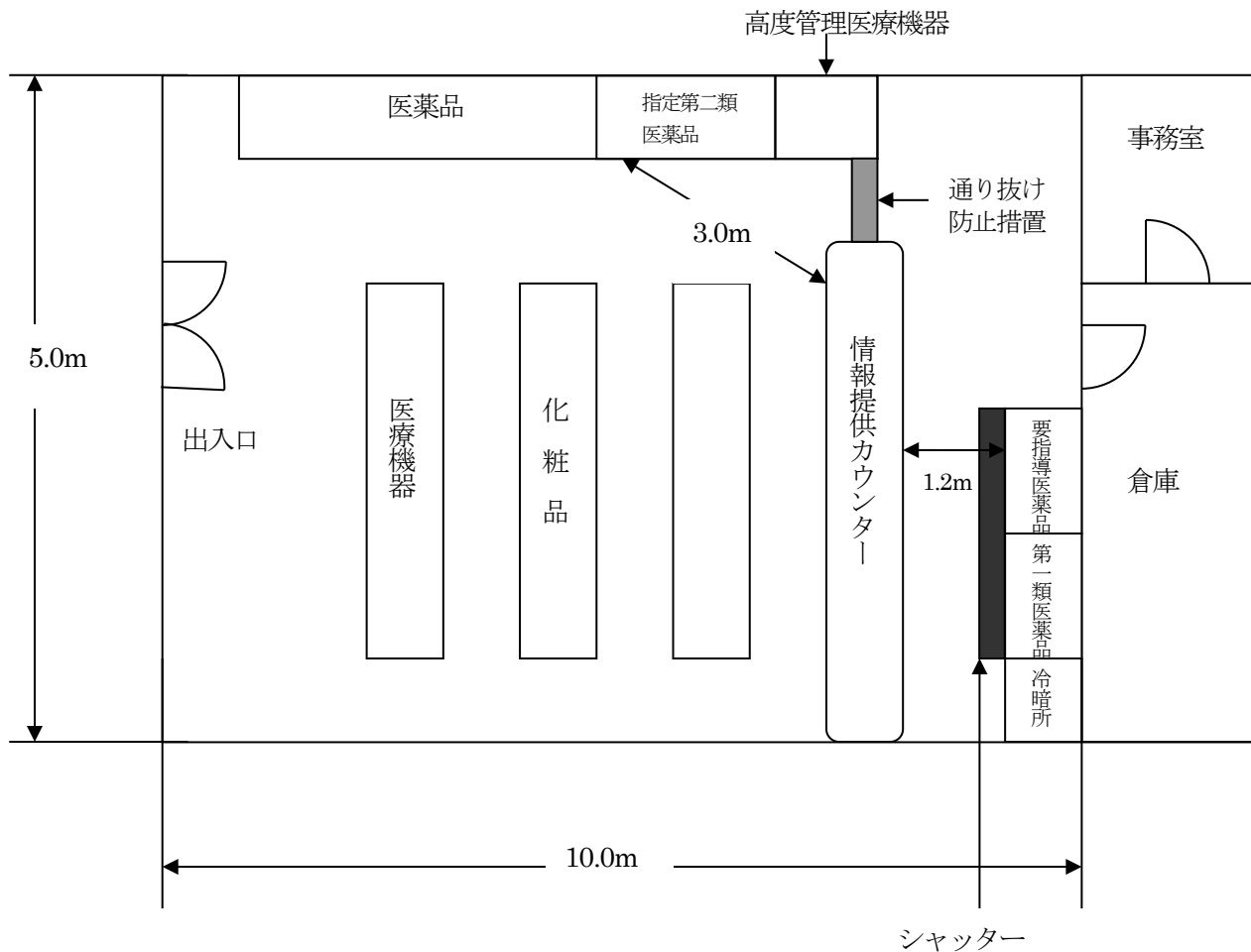
- ① 最寄りの駅等から店舗まで分かるようにしてください。
- ② 定規等を用いて正確に作成してください。なお、インターネット等から印刷した図面を添付することでも差し支えない。



### (2) フローア全体の平面図（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)

- 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 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。
- 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。
- 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。

## 原本証明書

下記の書類の写しは、原本と相違ないことを証明する。

### 記

証明等の名称

例) 明石太郎の薬剤師免許証

1

2

3

4

5

※行が不足する場合は、適宜追加してください。

令和 年 月 日

氏名  $\left[ \begin{array}{l} \text{法人にあつては、名称} \\ \text{及び代表者の氏名} \end{array} \right]$

添付書類等様式一覧

- 1 店舗販売業許可申請書
- 2 構造設備の概要
- 3 診断書
- 4 管理者及びその他の薬剤師・登録販売者について
- 5 誓約書
- 6 業務従事証明書
- 7 実務従事証明書
- 8 業務従事確認書
- 9 実務従事確認書
- 10 勤務表
- 11 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
- 12 雇用証書の例

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 っ 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   |
| 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った後、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 | <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第一類医薬品<br><input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品<br><input type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品   |
|  | 兼営事業の種類                | <input type="checkbox"/> 医薬部外品の販売 <input type="checkbox"/> 化粧品の販売<br><input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業<br><input type="checkbox"/> 管理医療機器販売業・貸与業<br><input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 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。

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)

明石市長 様

〔連絡先〕 担当者名 :  
電話番号 :

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 店舗の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要欄にその記載事項のすべてを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 相談時及び緊急時の連絡先欄には、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すること。
- 6 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「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すること。

## 構造設備の概要

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

### 【店舗の概要】

|              |                     |               |           |           |           |
|--------------|---------------------|---------------|-----------|-----------|-----------|
| 該当のところに○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       |           |
|              | 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<br>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<br>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<br>2 鍵をかけた陳列設備<br>3 その他 ( ) |
|              | 第一類医薬品                                   | 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<br>閉鎖の方法 ( )  |
|              |  | 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<br>2 鍵をかけた陳列設備<br>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<br>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<br>2 鍵をかけた陳列設備<br>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 ( ) |
|------|-------------------------------|

## 診 断 書

|   |  |     |   |   |
|---|--|-----|---|---|
| 氏 名   |  | 性別  | 男 | 女 |
| 生年月日  | 昭和・平成          年          月          日 | 年齢  | 歳 |   |
| <p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能の障害</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 明らかに該当なし                      <input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要         </p> <p>専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に（又は既に）受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に。詳細については別紙でも可）</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |  |     |   |   |
| <p>2 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> なし    <input type="checkbox"/> あり         </p>  |  |     |   |   |
| 診断年月日   | 年          月          日                |     |   |   |
| 医 師   | 病院、診療所又は介護<br>老人保健施設等の名称               |     |   |   |
|   | 所 在 地                                  | TEL |   |   |
|   | 氏 名                                    |     |   |   |

※医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律にかかる申請及び届出に添付する診断書の場合、必要とする診断内容は、「1 精神機能の障害」のみです。

## 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<br>販売従事登録番号 |    | 薬剤師名簿又は<br>販売従事登録年月日 |             | (押印しないこと) |

### 【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<br>実務等経験 2 年未満登録販売者 |           |
|   | 薬剤師名簿又は<br>販売従事登録番号 |    | 薬剤師名簿又は<br>販売従事登録年月日 |                                 | (押印しないこと) |
| 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<br>実務等経験 2 年未満登録販売者 |           |
|   | 薬剤師名簿又は<br>販売従事登録番号 |    | 薬剤師名簿又は<br>販売従事登録年月日 |                                 | (押印しないこと) |
| 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<br>実務等経験 2 年未満登録販売者 |           |
|   | 薬剤師名簿又は<br>販売従事登録番号 |    | 薬剤師名簿又は<br>販売従事登録年月日 |                                 | (押印しないこと) |
| 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<br>実務等経験 2 年未満登録販売者 |           |
|   | 薬剤師名簿又は<br>販売従事登録番号 |    | 薬剤師名簿又は<br>販売従事登録年月日 |                                 | (押印しないこと) |

※ 照合印欄は申請者が押印しないこと。

年 月 日

明石市長 様

主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

印

## 誓 約 書

代表取締役 (氏名) (薬局・店舗・営業所等名) 管理者  
弊社は、取締役 \_\_\_\_\_ を弊社の \_\_\_\_\_ の毒物劇物取扱責任者とし

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、店舗又は営業所所在地

薬局、店舗又は営業所名称

2. 勤務時間 時間／週

3. 休 日

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)

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<br>及び登録番号            |               |
| 薬局又は店舗の名称<br>及び許可番号            |               |
| 薬局若しくは店舗<br>の所在地又は配置<br>販売業の区域 |               |

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。

被従事経験証明者 \_\_\_\_\_ に係る勤務状況報告書

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  
及び代表者氏名〕

<作成担当者: \_\_\_\_\_ >

上記の者の一般用医薬品販売に係る従事経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 ~ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 (過去5年間) の勤務状況

| 従事期間 (1か月単位) | 従事日数 | 勤務時間 |
|--------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |

| 従事期間 (1か月単位) | 従事日数 | 勤務時間 |
|--------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |

根拠としたもの: \_\_\_\_\_

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。  
 ※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。

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)

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<br>及び許可番号            |               |
| 薬局若しくは店舗<br>の所在地又は配置<br>販売業の区域 |               |

- 実務期間 ( 年 月間)  
年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)
- 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
- 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。
- 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)

- 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。
- 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。

被従事経験証明者 \_\_\_\_\_ に係る勤務状況報告書

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  
及び代表者氏名〕

<作成担当者: \_\_\_\_\_ >

上記の者の一般用医薬品販売に係る従事経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 ~ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 (過去5年間) の勤務状況

| 従事期間 (1か月単位) | 従事日数 | 勤務時間 |
|--------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |

| 従事期間 (1か月単位) | 従事日数 | 勤務時間 |
|--------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日  | 日間   | 時間 分 |

根拠としたもの: \_\_\_\_\_

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。  
 ※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。

業務従事確認書

年 月 日

明石市長 殿

医薬品の販売業者（申請者）

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）

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                             |               |
| 販売従事登録年月日<br>及び登録番号            |               |
| 薬局又は店舗の名称<br>及び許可番号            |               |
| 薬局若しくは店舗<br>の所在地又は配置<br>販売業の区域 |               |

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 配置販売業にあつては、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。

被従事経験証明者 \_\_\_\_\_ に係る勤務状況報告書

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  
及び代表者氏名〕

<作成担当者: \_\_\_\_\_ >

上記の者の一般用医薬品販売に係る従事経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 ~ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月（過去5年間）の勤務状況

| 従事期間（1か月単位） | 従事日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |

| 従事期間（1か月単位） | 従事日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |

根拠としたもの: \_\_\_\_\_

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。  
 ※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。

実務従事確認書

年 月 日

明石市長 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）

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<br>及び許可番号            |               |
| 薬局若しくは店舗<br>の所在地又は配置<br>販売業の区域 |               |

- 実務期間（ 年 月間）  
年 月 ～ 年 月（ 年 月間）
- 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
- 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。
- 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)

- 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。

被従事経験証明者 \_\_\_\_\_ に係る勤務状況報告書

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  
及び代表者氏名〕

<作成担当者: \_\_\_\_\_ >

上記の者の一般用医薬品販売に係る従事経験について、下記のとおり報告します。なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 ~ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月（過去5年間）の勤務状況

| 従事期間（1か月単位） | 従事日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |

| 従事期間（1か月単位） | 従事日数 | 勤務時間 |
|-------------|------|------|
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |
| 年 月 日 ~ 月 日 | 日間   | 時間 分 |

根拠としたもの: \_\_\_\_\_

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。  
 ※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。



|                                    |   |   |                             |                       |           |        |
|------------------------------------|---|---|-----------------------------|-----------------------|-----------|--------|
| ( 薬局のみ記載 )                         |   |   | ⑨≥①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 |   | (眼科・耳鼻科・歯科)<br>×2/3+その他の診療科 | 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<br>40枚毎1名                   | イ | 名 | 現在の勤務体制による<br>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となります。

### (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

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。

- 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 |                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|      |  |
|------|--|
| 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                |         |          |
|-----------------------|---------|----------|
| $(⑨+⑩) \div ⑧ \div ②$ | #DIV/0! | $\geq 1$ |
| $⑨ \div ⑥ \div ③$     | #DIV/0! | $\geq 1$ |
| $⑨ \div ⑦ \div ③$     | #DIV/0! | $\geq 1$ |

|                                    |                  |                             |                       |           |      |
|------------------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------|------|
| ( 薬局のみ記載 )                         |                  | ⑨≥①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                | (眼科・耳鼻科・歯科)<br>×2/3+その他の診療科 | 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<br>40枚毎1名 | イ                           | 現在の勤務体制による<br>算出薬剤師数  | 口         | 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≦口であれば員数を満たしていることとなります。

### (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

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。

- 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。



## 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明石市長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。

雇用証書（作成例）

雇 用 証 書

次の者を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（管理者：薬局管理者・医薬品販売管理者・毒物劇物取扱責任者等、  
その他資格者：調剤業務、医薬品販売業務等を記入）
- 2 勤 務 地
- 3 勤務時間 時 分から 時 分
- 4 休 日

## 店舗管理者の要件及び実務又は業務経験を証明する書類について

## 登録販売者が店舗管理者になるための要件

**第2類医薬品又は第3類医薬品を販売又は授与する店舗の管理者**

- (1) 過去5年のうち、従事期間<sup>\*1</sup>の合計が通算して2年以上<sup>\*2</sup>ある登録販売者
- (2) 次に掲げるア、イをいずれも満たす登録販売者
  - ア 平成21年6月1日以降の従事期間<sup>\*1</sup>が通算して2年以上<sup>\*2</sup>あること
  - イ 店舗管理者又は区域管理者としての業務の経験があること
- (3) 次に掲げるア、イをいずれも満たす登録販売者
  - ア 平成21年6月1日以降の従事期間<sup>\*1</sup>が通算して5年以上<sup>\*3</sup>あること
  - イ 必要な研修<sup>\*4</sup>を通算して5年以上受講していること

**第1類医薬品を販売又は授与する店舗の管理者（薬剤師を管理者にできない場合に限る）**

- (4) 過去5年のうち、次に掲げるアからオの期間<sup>\*5</sup>が通算して3年以上<sup>\*6</sup>ある登録販売者
  - ア 要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売又は授与する薬局において登録販売者として業務に従事した期間
  - イ 薬剤師が店舗管理者である要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売又は授与する店舗において登録販売者として業務に従事した期間
  - ウ 薬剤師が区域管理者である第1類医薬品を配置販売する区域において登録販売者として業務に従事した期間
  - エ 第1類医薬品を販売又は授与する店舗の店舗管理者として業務に従事した期間
  - オ 第1類医薬品を配置販売する区域の区域管理者として業務に従事した期間

**要指導医薬品を販売又は授与する店舗の管理者（薬剤師を管理者にできない場合に限る）**

- (5) 過去5年のうち、次に掲げるアからウの期間<sup>\*5</sup>が通算して3年以上<sup>\*6</sup>ある登録販売者
  - ア 要指導医薬品を販売又は授与する薬局において登録販売者として業務に従事した期間
  - イ 薬剤師が店舗管理者である要指導医薬品を販売又は授与する店舗において登録販売者として業務に従事した期間
  - ウ 要指導医薬品を販売又は授与する店舗の店舗管理者として業務に従事した期間

## 実務又は業務経験を証明する書類

**上記の(1)、(4)又は(5)の要件で店舗管理者を設置する場合**

業務従事証明書又は実務従事証明書の様式を用いて作成してください。

**上記の(2)又は(3)の要件で店舗管理者を設置する場合**

業務従事確認書又は実務従事確認書の様式を用いて作成してください。

- ※1 薬局、店舗販売業又は配置販売業において一般従事者として薬剤師又は登録販売者の管理及び指導の下に実務に従事した期間及び登録販売者として業務（店舗管理者又は区域管理者としての業務を含む）に従事した期間  
従事期間は、月単位で計算することとし、1か月に80時間以上従事した場合に、実務又は業務に従事したものと認められます。
- ※2 月当たりの時間数にかかわらず月単位で従事した期間が通算して2年以上あり、かつ、合計1,920時間以上従事した場合についても2年以上従事した者と認められます。
- ※3 月当たりの時間数にかかわらず月単位で従事した期間が通算して5年以上あり、かつ、合計4,800時間以上従事した場合についても5年以上従事した者と認められます。
- ※4 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（昭和39年厚生労働省第3号）第1条第1項第14号、第2条第1項第9号及び第3条第1項第5項に規定する研修
- ※5 月単位で計算することとし、1か月に80時間以上業務に従事した場合に、業務に従事したものと認められます。
- ※6 月当たりの時間数にかかわらず月単位で従事した期間が通算して3年以上あり、かつ、合計2,880時間以上業務に従事した場合についても3年以上業務に従事した者と認められます。