

◆◆◆ 医薬品販売業（店舗販売業）許可更新申請の手引き ◆◆◆

- ◎ 申請手数料：11,000 円（現金）
- ◎ 提出部数：1 部（写しを取って、控えを保管してください。特に許可証は原本を提出していただきますのでコピーを控えておいてください。）
- ◎ 申請から許可までの標準処理期間：10 日間（寝屋川市の勤務を要しない日の日数は含まない）
- ◎ 有効期間の満了する前に、期間に余裕をもって、必要な書類をそろえて更新申請してください。
- ◎ 許可証を紛失した場合は、紛失理由書を添付してください。（許可証の再交付申請は不要です。）
- ◎ 住居表示に関する法律にもとづき市町村名、地名番地などに表示変更が生じた場合は、変更後の所在地を記載し、市町村が発行する住居表示変更証明書の原本を添付又は、保健総務課で掲示してください。この場合、変更届は不要です。
- ◎ 申請書の提出先：

名 称	所 在 地	手 数 料
寝屋川市健康部保健総務課 （寝屋川市保健所） 薬事担当	寝屋川市池田西町 28 番 22 号 （保健福祉センター 2 階） 電話 072-829-7771	現 金：11,000 円

※手数料の支払い手続きが煩雑になる場合があるので、平日午後 5 時までにお越しください。

1 更新申請について

店舗販売業の許可は、6 年ごとにその更新を受ける必要があります。（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（以下「法」という。） 第 24 条第 2 項）

2 更新申請に必要な書類等

- (1) 医薬品販売業許可更新申請書
- (2) 許可証（紛失した場合は紛失理由書）
- (3) 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のみ）（写し可*）

* 医師の診断書の写しについて

写しを提出する場合、以下の(1)～(3)の事項を写しの余白部分等へ記載して申請者が証明を行い、当該原本証明がなされたものを提出してください。

【記載事項】

- (1) 当該写しが原本と相違ない旨
- (2) 原本証明を行った年月日
- (3) 証明者の氏名（法人にあっては名称及び代表者の氏名）

なお、添付した診断書の写しの内容に疑義がある場合は、原本の確認を求めることがあります。

3 各種様式の入手方法

様式については、寝屋川市ホームページより入手できます。

寝屋川市ホームページ (<https://www.city.neyagawa.osaka.jp>)

→各課のご案内→「健康部」→「保健総務課」→「申請書のダウンロード（薬事）」

→「店舗販売業関係様式」

→「店舗販売業許可更新申請書」

医薬品販売業許可更新申請書

許可番号及び 許可年月日	第 △△△△△△△ 号 令和〇〇年□□月△△日			①
店舗の名称	△△ドラッグストア (電話 △△△-△△△-△△△△)			
店舗の所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 寝屋川市〇〇町〇丁目〇番〇号 〇〇ビル1階			②
変更内容	事項	変更前	変更後	
	その他の薬剤師の 住所変更	大阪 花子 大阪市〇区〇町〇丁目 〇番〇号	大阪 花子 寝屋川市〇町〇丁目〇番 〇号	③
(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	〇〇 〇〇、△△ △△			④
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
	(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医薬品販売業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)	医薬品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	(店舗管理者) 薬剤師・登録販売者 ← 管理者の資格を○で囲む。			
	(店舗管理者を補佐する薬剤師の設置) あり・なし ← あり・なしのいずれかを○で囲む。			⑥

上記により、店舗販売業の許可の更新を申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日 ⑦

住所 〒△△△-△△△△
(法人にあつては、主たる事業所の所在地) 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号
氏名 △△ 株式会社
(法人にあつては名称及び代表者の氏名) 代表取締役 〇〇 〇〇

寝屋川市長 様

【連絡先】 担当者名 : 〇〇 〇〇
電話番号 : 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

許可更新申請書 記載時の留意点

① 許可番号および年月日

- 許可証に記載されている許可番号および許可年月日（有効期間の開始年月日）を記載してください。

② 店舗の名称、所在地

- 許可証に記載されている店舗の名称及び所在地を記載してください。

③ 変更内容

- その他の薬剤師・登録販売者の住所に変更があった場合には、変更事項の箇所に当該薬剤師等の氏名を記載の上、変更前及び変更後の住所を記載してください。

	事項	変更前	変更後
変更内容	その他の薬剤師の住所変更	大阪 花子 大阪市〇区〇町〇丁目〇番〇号	大阪 花子 寝屋川市〇町〇丁目〇番〇号

④（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

- 薬事に関する業務に責任を有する役員が複数名いる場合は、当該役員全員の氏名を記載してください。
- 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、全員が薬事に関する業務に責任を有する役員となります。

⑤ 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薬事に関する業務に責任を有する役員が複数名いる場合は「全員なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(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、刑の確定年月日及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)欄にあってはその違反の事実及び違反した年月日を記載してください。また、(6)欄に該当する恐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がいに係る医師の診断書を添付してください。

⑥ 備考欄

- 年途中の許可年月日を年始に繰り上げようとする場合又は薬局開設許可年月日に合わせようとする場合等には、「令和〇〇年〇〇月〇〇日繰り上げ更新希望」と朱書きしてください。

⑦ 申請年月日

- 申請書の提出日を記載してください。

⑧ 申請者の住所、氏名

- 個人の場合は現住所、法人の場合に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、法人の場合に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。

⑨ 連絡先

- 担当者名及び電話番号を記載してください。