

店舗販売業許可申請書

■ 店舗販売業許可申請書とは

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第26条第2項の規定により、店舗販売業の許可を受けようとする者が、その所在地の都道府県知事（保健所設置市においては、市長）に提出するもの。

電子申請の方法

- 各保健所(部)の電子申請窓口をクリックすると、申請画面に進みます。

【東部保健所】店舗販売業許可申請書

入力状況

0%

大分県の「【東部保健所】店舗販売業許可申請書」のオンライン申請ページです。

【東部保健所】店舗販売業許可申請書

事前相談が必要です。店舗販売業の新規申請を保健所(部)に行います。許可証の受け取りは保健所窓口です。

Grafferアカウントを利用する方

ログインしていただくと、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。

新規登録またはログインして申請

または

Grafferアカウントを利用しない方

メールアドレスの確認のみで申請ができます。
一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

アカウント登録せずにメールで申請

 申請手続きの内容を確認してください。

 「新規登録またはログインして申請」をクリックしてください。

電子申請の方法

 **Graffer**
スマート申請

大分県 ログイン

Grafferアカウントをお持ちの方

[Grafferアカウント規約](#) [プライバシーポリシー](#) をお読みの
うえ、同意してログインしてください。

 Googleでログイン

 LINEでログイン

 メールアドレスでログイン

[ログイン方法について教えてください](#)

[大分県のサービスにG Biz IDでログインする](#)

Grafferアカウントをお持ちでない方

Grafferアカウントに登録すると、申請書の一時保存や申請履歴の確認が
できます。アカウント登録は無料です。

新規アカウント登録

アカウント情報を入力してログインしてください。

【東部保健所】店舗販売業許可申請書

入力の状況

0%

大分県の「【東部保健所】店舗販売業許可申請書」のオンライン申請ページです。

【東部保健所】店舗販売業許可申請書

事前相談が必要です。店舗販売業の新規申請を保健所（部）に行います。許可証の受け取りは保健所窓口です。

利用規約をご確認ください

[利用規約](#)  に同意して、申請に進んでください。

利用規約に同意する 必須

申請に進む

1. 利用規約を確認して同意するにチェックを入れてください。
2. 「申請に進む」をクリックしてください。

電子申請の方法

■ 申請者が個人の場合

入力状況

20%

申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

法人

氏名 必須

郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

住所を自動で入力

住所 必須

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

■ 申請者が法人の場合

入力状況

20%

申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

法人

🔍 法人を検索して自動入力する

法人名称 必須

郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

住所を自動で入力

主たる事務所の所在地 必須

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

入力フォームにそって申請者の情報を入力してください。

電子申請の方法

■ 申請者が法人の場合

法人代表者の情報

法人代表者の職 必須

例：代表取締役等

法人代表者の氏名 必須

一時保存して、次へ進む

< 戻る

入力フォームにしたがって
法人代表者の情報を入力し
てください。

電子申請の方法

店舗について

店舗の名称 必須

店舗の所在地（郵便番号） 必須

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

店舗の所在地 必須

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

店舗の電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を、ハイフンなしの半角数字で入力してください。

入力フォームにしたがって
店舗の情報を入力してください。

1 申請書

店舗の名称		TEL
店舗の所在地 〒		
店舗の構造設備の概要		
別紙のとおり		
フリガナ 氏名	男 生・ 女	免許証 照合欄
店舗の 管理者	週当たり勤務時間数	時間
薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号・登録年月日 種別		番号：
薬剤師		登録販売者
通常の営業日及び営業時間		
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先		
兼営事業の種類		
販売する医 薬品の区分	1. 要指導医薬品 2. 第一類医薬品 3. 指定第二類医薬品 4. 第二類医薬品 5. 第三類医薬品	
医薬品の販売又は 授与を行う体制の概要	別紙のとおり	
特定販売の有無	有（別添書類有り）・無	
(法人にあっては) 業務に責任を 有する役員の 氏名		
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、取消の日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3) 禁錮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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考		

電子申請の方法

店舗の管理者について

管理者の氏名 必須

例：大分 太郎

管理者の氏名(カナ) 必須

例：オオイタ タロウ

管理者の生年月日 必須

和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

管理者の性別 必須

男性

女性

管理者の住所(郵便番号) 必須

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

管理者の住所 必須

① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

管理者の週当たりの勤務時間数 必須

半角数字で小数点第1位まで入力可能です。〇〇時間の〇〇部分のみ入力してください。

入力フォームにしたがって
管理者情報を入力してください。

1 申請書

店舗の名称		TEL
店舗の所在地 〒		
店舗の構造設備の概要 別紙のとおり		
店舗の管理者	フリガナ 氏名	免許証 照合欄 男 生・女 女
	住所 〒	
	週当たり勤務時間数	時間
薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号・登録年月日 種別 番号： 薬剤師 ・ 登録販売者		
通常の営業日及び営業時間		
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先		
兼 営 事 業 の 種 類		
販売する医薬品の区分	1. 要指導医薬品 2. 第一類医薬品 3. 指定第二类医薬品 4. 第二类医薬品 5. 第三類医薬品	
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要		別紙のとおり
特定販売の有無	有 (別添書類有り) ・ 無	
(法人にあっては) 業務に責任を有する役員 の氏名		
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、取消の日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3) 禁錮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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考		

電子申請の方法

入力フォームにしたがって
管理者情報を入力してください。

管理者資格の種別 必須

該当する種別を選択してください。販売する医薬品の区分により管理者資格の要件が異なります
のでご確認ください。

薬剤師

登録販売者

管理者資格が薬剤師の場合

薬剤師名簿登録番号 必須

薬剤師名簿登録年月日 必須

和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

管理者資格が登録販売者の場合

販売従事登録番号 必須

販売従事登録年月日 必須

和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

1 申請書

店舗の名称		TEL	
店舗の所在地 〒			
店舗の構造設備の概要 別紙のとおり			
店舗の 管理者	フリガナ	男 生・ 女	免許証 照合欄 
	氏名		
	住所 〒	週当たり勤務時間数 時間	
薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号・登録年月日 種別 番号： 薬剤師 ・ 登録販売者			
通常の営業日及び営業時間			
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先			
兼営事業の種類			
販売する医 薬品の区分	1. 要指導医薬品 2. 第一類医薬品 3. 指定第二类医薬品 4. 第二类医薬品 5. 第三類医薬品		
医薬品の販売又は 授与を行う体制の概要	別紙のとおり		
特定販売の有無	有（別添書類有り）・無		
(法人にあっては) 業務に責任を 有する役員 の氏名			
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、取消の日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無
	(3) 禁錮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	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/> 無
備考			

電子申請の方法

入力フォームにしたがって
店舗の事業内容を入力してください。

事業内容について

通常の営業日及び営業時間 必須

例：月～金（9～17時）、土（9～12時）、日祝（休）等

!

通常の営業日及び営業時間を入力してください。

相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先 必須

ハイフンなしの半角数字で入力してください。

兼営事業の種類 必須

当該店舗において店舗販売業以外の業務を併せ行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。

販売する医薬品の区分 必須

対象のものにチェックしてください。

1.要指導医薬品

2.第一類医薬品

3.指定第二類医薬品

4.第二類医薬品

5.第三類医薬品

1 申請書

店舗の名称		TEL	
店舗の所在地 〒			
店舗の構造設備の概要			
別紙のとおり			
店舗の管理者	フリガナ	男 生・ 女	免許証 照合欄 
	氏名		
	住所 〒		時間
週当たり勤務時間数		時間	
薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号・登録年月日 種別		番号：	
薬剤師 ・ 登録販売者			
通常の営業日及び営業時間			
相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先			
兼営事業の種類			
販売する医薬品の区分	1.要指導医薬品 2.第一類医薬品 3.指定第二類医薬品 4.第二類医薬品 5.第三類医薬品		
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要		別紙のとおり	
特定販売の有無	有（別添書類有り）・無		
(法人にあっては)業務に責任を有する役員の氏名			
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	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(3)禁錮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	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
備考			

電子申請の方法

入力フォームにしたがって
店舗の事業内容を入力してください。

特定販売の実施の有無 必須

有

無

薬事に関する業務に責任を有する役員（責任役員）の氏名

必須 最大6件まで入力可能

法人の場合のみ入力フォームが出てきます。

「追加する」ボタンを押下することで最大6名まで登録可能です。

+ 追加する

「追加する」を押すと役員氏名を入力するフォームが出てきます。

薬事に関する業務に責任を有する役員（責任役員）の氏名

必須 最大6件まで入力可能

「追加する」ボタンを押下することで最大6名まで登録可能です。

1件目 薬事に関する業務に責任を有する役員（責任役員）の氏名

責任役員の氏名 必須

例：大分 太郎

+ もう1件追加する

1 申請書

店舗の名称		TEL
店舗の所在地 〒		
店舗の構造設備の概要		
別紙のとおり		
店舗の管理者	フリガナ 氏名	男 生・女
	住所 〒	
週当たり勤務時間数	時間	
薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号・登録年月日 種別	番号：	
薬剤師 ・ 登録販売者		
通常の営業日及び営業時間		
相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先		
兼営事業の種類		
販売する医薬品の区分	1. 要指導医薬品 2. 第一類医薬品 3. 指定第二類医薬品 4. 第二類医薬品 5. 第三類医薬品	
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙のとおり	
特定販売の有無	有（別添書類有り）・無	
(法人にあっては)業務に責任を有する役員の氏名		
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3)禁錮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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考		

電子申請の方法

入力フォームにしたがって申請者の欠格条項を入力してください。

下記事実の該当について(1) 必須

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

なし

あり 

欠格条項に「該当あり」の場合は、内容について入力します。

(1)の理由を入力してください。 必須

(1)において、許可を取り消された年月日を入力してください。 必須

----- 月 ----- 日

下記事実の該当について(2) 必須

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

なし

あり 

(2)の理由を入力してください。 必須

(2)において、登録を取り消された年月日を入力してください。 必須

----- 月 ----- 日

下記事実の該当について(3) 必須

禁錮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

なし

あり 

罪名、刑について 必須

(3)において、刑の確定年月日を入力してください。 必須

----- 月 ----- 日

(3)において、執行が終わった年月日を入力してください。 必須

執行を受けることがなくなった場合はその年月日を入力してください。

----- 月 ----- 日

申請者の欠格条項について

1 申請書

店舗の名称		TEL
店舗の所在地 〒		
店舗の構造設備の概要		
別紙のとおり		
店舗の管理者	フリガナ 氏名	免許証 照合欄 男 生・女
	住所 〒	
週当たり勤務時間数	時間	
薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号・登録年月日 種別	番号： 薬剤師 ・ 登録販売者	
通常の営業日及び営業時間		
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先		
兼営事業の種類		
販売する医薬品の区分	1. 要指導医薬品 2. 第一類医薬品 3. 指定第二类医薬品 4. 第二类医薬品 5. 第三類医薬品	
医薬品の販売又は 授与を行う体制の概要	別紙のとおり	
特定販売の有無	有 (別添書類有り) ・ 無	
(法人にあっては) 業務に責任を 有する役員の 氏名		
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3)禁錮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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考		

電子申請の方法

入力フォームにしたがって申請者の欠格条項を入力してください。

下記事実の該当について(4) 必須

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

なし

あり 

(4)において、違反の事実を入力してください。 必須

(4)において、違反した年月日を入力してください。 必須

----- 月 ----- 日

下記事実の該当について(5) 必須

麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者

なし

あり

下記事実の該当について(6) 必須

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

なし

あり 

精神機能障害に関する医師の診断書 必須

スキャンデータを添付してください。概ね申請前3ヵ月以内に診断されたもの。原本は現地確認時に提出していただきます。

 ファイルを選択…

申請時はデータ提出とし、現地確認時に原本を提出してもらいます。

下記事実の該当について(7) 必須

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

なし

あり

1 申請書

店舗の名称		TEL
店舗の所在地 〒		
店舗の構造設備の概要		
別紙のとおり		
店舗の管理者	フリガナ 氏名	男 生・女 女 
	住所 〒	
週当たり勤務時間数		時間
薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号・登録年月日 種別 番号： 薬剤師 ・ 登録販売者		
通常の営業日及び営業時間		
相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先		
兼営事業の種類		
販売する医薬品の区分	1. 要指導医薬品 2. 第一類医薬品 3. 指定第二類医薬品 4. 第二類医薬品 5. 第三類医薬品	
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要		別紙のとおり
特定販売の有無	有 (別添書類有り) ・ 無	
(法人にあっては)業務に責任を有する役員の氏名		
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3)禁錮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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
備考		

電子申請の方法

添付書類

店舗所在地の見取図 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

 ファイルを選択…

店舗の平面図 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

 ファイルを選択…

店舗の構造設備の概要 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

 ファイルを選択…

医薬品の販売又は授与を行う体制の概要 必須

上記について、データファイル等で添付してください。

 ファイルを選択…

特定販売に関する事項 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

 ファイルを選択…

登記事項証明書 必須

上記について、データファイル等を添付してください。原本は現地確認時に提出していただきます。

 ファイルを選択…

添付書類はデータファイルで提出してもらいます。

特定販売の実施「有」場合のみ入力フォームが出てきます。

法人の場合のみ入力フォームが出てきます。

申請時はデータ提出とし、現地確認時に原本照合を行います。

特定販売の実施の有無 必須

有

無

電子申請の方法

資格証明書 必須

上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。現地確認時に原本照合を行います。

申請時はデータ提出とし、現地確認時に原本照合を行います。

 ファイルを選択…

店舗管理者の業務・実務従事証明書 必須

上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。

管理者が「登録販売者」の場合のみ入力フォームが出てきます。

 ファイルを選択…

店舗管理者の勤務簿の写し又は勤務状況報告書 必須

上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。

管理者が「登録販売者」の場合のみ入力フォームが出てきます。

 ファイルを選択…

雇用契約書の写し又は使用関係証明書 任意

上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。現地確認時に原本照合を行います。

 ファイルを選択…

その他の添付書類 任意

その他の添付書類について添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。

 ファイルを選択…

電子申請の方法

確認事項

原本提出について 必須

以下の書類は現地確認時に原本提出が必要です。提出の必要がない場合にも確認のうえ、チェックをしてください。

登記事項証明書（法人の場合のみ）

診断書（欠格条項6に該当する恐れがある場合のみ）

原本照合について 必須

以下の書類は現地確認時に原本照合を行います。確認のうえ、チェックをしてください。

資格証明書

備考

備考 任意

0/400

原本提出と原本照合が必要な書類について、再度確認してもらいます。

電子申請の方法

手数料について

手数料 必須

手数料をご確認ください。お支払いについては別途通知させていただきます。

29,000円

一時保存して、次へ進む

< 戻る

手数料を確認してください。

手数料の支払いについて

受付職員が申請内容を確認後、手数料納付依頼を登録メールあてに通知します。内容を確認後、支払いをお願いします。

電子申請の方法

入力状況 100%

申請内容の確認

申請者の情報

申請者の種別 必須

法人 [編集](#)

法人名称 必須

株式会社やくむ [編集](#)

郵便番号 必須

8708501 [編集](#)

主たる事務所の所在地 必須

大分県大分市大手町 [編集](#)

電話番号 必須

097-506-2650 [編集](#)

この内容で申請する

1. すべての入力が終了すると、申請内容の確認画面に移ります。内容に間違いがないかを確認してください。
2. 間違いがなければ「この内容で申請する」をクリックしてください。

■ 電子申請の入力は以上で終了です。

電子申請後について

1. 「申請受付」の通知が届きますので確認してください。
2. 保健所で受付後、手数料支払い依頼の通知がメールが届きますので支払いをお願いします。
3. 許可証は保健所(部)窓口で交付します。