

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	〇〇〇ドラッグ 県庁前店		
店舗の所在地	〒780-0000高知市丸ノ内1-2-0		
店舗の構造設備の概要	別紙のとおり	実店舗を閉店後も特定販売を行う場合は、その時間を含めた営業日・営業時間を記入してください。 (注文のみを受け付ける時間は含みません。)	
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙のとおり		
(法人にあつては)店舗販売業者の業務を行う役員の名	高知 太郎 桂浜 花子	店舗における掲示物と同じ内容を記載してください。 必要に応じてメールアドレスも記載してください。	
通常の営業日及び営業時間	月～日：9時～24時		
相談時及び緊急時の連絡先	電話番号 088-△△△-××××		
特定販売の実施の有無	有 ・ 無		
申請者(役員を含む。法人にあつては、その格条項)	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	全員なし	法人の場合は(1)～(5)まで当該事実がない場合は、「全員なし」と記載してください。 個人の場合は(1)～(5)まで当該事実がない場合は、「なし」と記載してください。
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと	全員なし	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし	
	(4) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分を違反したこと	全員なし	
	(5) 後見開始の審判を受けていること	全員なし	
備考	<<住所>> 個人の場合は現住所、法人の場合は登記された本社の所在地を記載してください。 <<氏名>> 個人の場合は、個人名を記載し個人印を、法人の場合は登記された商号及び代表取締役名を記載し、代表取締役の登記印を押印		

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

〇〇年〇〇月〇〇日

申請書を提出する日付を記載してください。

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒780-0000 高知県高知市丸ノ内1-2-0 株式会社 〇〇ドラッグ

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 代表取締役 高知 太郎

株式会社
〇〇ドラッグ代表
取締役の
印

高知県知事 尾崎 正直 様

連絡先・担当者名 088-000-△△△△、担当：上町

書類に関する問い合わせ先・担当者名を記入してください。