

1 配置販売業許可申請

申請対象	次の場合には、事前に許可申請が必要です。 1 新規に営業を開始するとき 2 営業者を他者に変更するとき (他者：他の法人へ、他の個人へ、個人から法人へ、法人から個人へ) 3 有資格者を変更するとき ただし、法人の場合であって、変更日より前から有資格者要件を満たす業務役員として在任中の者への有資格者変更については、変更届で足りるものとする。
注意点	1 新規営業の手引き(タイムスケジュール) 及び 申請書記載例を最初にご覧下さい。 2 申請手数料(29,000円)は、申請書提出時に奈良県収入証紙で納付して下さい。 3 法人による申請の場合は、必ず登記された法人代表者印を押印して下さい。
提出書類・省略可能書類	1 配置販売業許可申請書 【様式第82】 2 取り扱おうとする品目表 【別紙様式9】 ③ 登記事項証明書(法人の場合) ④ 組織規定図(法人の場合。※業務担当役員画定のための書類) 【共通様式5】 ⑤ 診断書(※診断対象は、個人:申請者、法人:業務担当役員) 【共通様式4】 又は 誓約書(※店舗で実務に従事しない業務担当役員の場合のみ) 【共通様式6】 ⑥ 有資格者を証する次のいずれかの書類 (1)旧制大学、旧専門学校又は大学において薬学に関する専門課程を修了した者 ・卒業証書の原本提示又は卒業証明書の原本提出 (2)旧制中学、高校又はこれと同等以上の学校において薬学に関する専門課程を修了した後、3年以上の実務に従事した者 ・卒業証書の原本提示(又は卒業証明書の原本提出)及び、公務所が発行した3年以上実務に従事したことを証する書類 (3)5年以上配置販売業の実務に従事した者であって、都道府県知事が適当と認めた者 ・公務所が発行した5年以上実務に従事したことを証する書類 ③、④は、既に同一内容の書類を他の申請・届出で提出済みの場合は省略可能です。 ⑤は、申請前の3ヶ月間に他の申請・届出に添付している場合のみ省略可能です。
担当	奈良県業務課薬事係 奈良市登大路町30【電話：0742-27-8670、FAX：0742-27-3029】 【担当者不在の場合もありますので、ご来庁の際は事前に電話予約をお願いします。】

2 新規営業の手引き(タイムスケジュール)

申請書の提出

(随時)



許可証の交付

申請手数料(29,000円)は、奈良県収入証紙で納付して下さい。
※許可証の郵送交付を希望する場合は、切手470円分をご持参下さい。
※奈良県内に在住する配置従事者の身分証交付申請は、この申請と同時に申請が可能です。

申請書受付日から1週間後の午後以降に、許可証を交付します。
受取の際には、来庁される方の認め印をお持ち下さい。

収入
証紙

29,000円分の奈良県収入証紙を貼付
消印はしないこと。収入証紙は未消

捺印

様式第八十二

配置販売業許可申請書

営業の区域		奈良県一円			
取 と り す 扱 う 目	名 称	成分及び 分量	用法及び 用量	効能又は 効果	製造業者の 氏名又は名称
		(別紙のとおり)			
申請者(なつ役員を含む) に規定する者を含む 申請者(なつ役員を含む) に規定する者を含む 申請者(なつ役員を含む) に規定する者を含む	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	※別紙とは、別記様式9『取り扱おうとする品目表』をさす ない場合は『なし』(法人の場合は、『全員なし』)と記載 該当事項がある場合は、その者についての氏名と事 実を記載し、『他の者はなし』と記載する。			
	2) 禁錮以上の刑に処 せられたこと				
	3) 罪事に関する法令処 分に違反したこと				
	4) 後見開始の審判を 受けていること				
備 考	①省略番類【有(下記※のとおり)・無】 (※登記事項証明書・組織規定図・有資格者を証する書類は、 平成 年 月、許可番号 に係る 許可申請・変更届に添付済みのため省略) 省略番類がある場合は、該当番類に○を付け 必要事項を追記				

上記により、配 置 販 売 業の許可を申請します。

平成 年 月 日

年月日は空白で提出

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)

法人の場合は、登記された法人代表者印

印

印

年 月 日生

TEL () -

奈良県知事

殿

別記様式9

取り扱おうとする品目

申請都道府県名		申請者の氏名		申請者氏名を記載	
奈良県					
収載台帳 署名	巻	品目番号	品	目	の
製造業者の氏名または名称					
奈良県、富山県、滋賀県及び佐賀県の配置家庭薬品目収載台帳に記載された品目					
ただし、廃止等により経過措置品目とされた品目については、経過措置期限内に 市場からなくなるよう、代替品などへのすみやかな切り替え等、適切な措置を行う。					

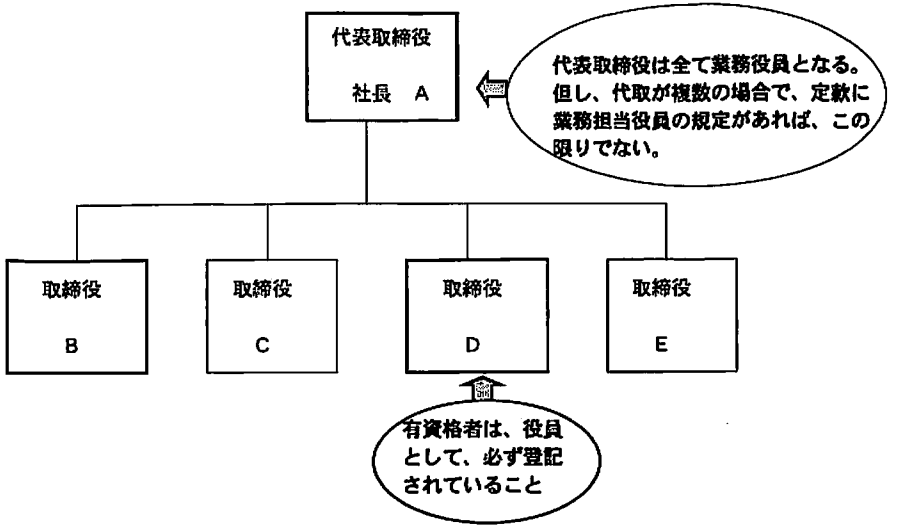
診 断 書

氏 名	申請者(法人にあっては業務担当役員)について記載			性 別	男・女	
生年月日	大正 昭和	年	月	日	年 令	才
上記の者について、下記のとおり診断します。 1. 精神機能の障害(□にチェックを付けて下さい) ☐ 明らかに該当なし ☐ 専門家による判断が必要 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記載して下さい。(注1)) 2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。						
診断年月日	平成	年	月	日	発行後3ヶ月以内であること	
病院、診療所又は介護老人保健施設等の						
名 称						
所在地						
T e l () (注2)						
医師の氏名 印						

(記載上の注意)

- 1 精神機能の障害の程度・内容により、許可(登録、免許、指定、届出)された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。
- 2 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

組織規定図



当社の組織規定図は、上記のとおりであり、当該許可に係る業務を行う役員は、

の者であることを証明します。

平成 年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

奈良県知事 殿

登記された法人代表者印を押印する

(記載上の注意)

- ・登記事項証明書に記載されている取締役役員全員を記載し、代表取締役及び当該申請に係る業務を担当する役員については、□でその役職及び氏名を囲み明示すること。
- ・登記された法人代表者印を押印すること。

誓 約 書

申請店舗で業務に従事しない業務役員について、
診断書に代えて誓約書を提出する場合のみ使用
※右資格者は、必ず診断書を提出すること。

私は、下記の者が薬事法（昭和35年法律第145号）第5条第3号ニ（成年被後見人に係る部分を除く。）及びホに該当しないことを誓約します。

平成 年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

登記された法人代表者印を押印

法人の名称及び代表者の氏名



奈良県知事 殿

記

業務役員の住所
業務役員の氏名



組織規定図で□を付した業務担当役員について
必須事項を記載、但し、当該店舗で業務に従事する
役員については、診断書が必要
記載内容は、法人の登記事項と整合していること

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

(記載上の注意)

- 1 当該申請店舗において実地に業務を行う役員については、この誓約書を提出しても無効であり、
診断書が必要である。
- 2 登記された法人代表者印を押印すること。