

店 舗 販 売 業 許 可 申 請 書

店 舗 の 名 称		
店 舗 の 所 在 地		
店 舗 の 構 造 設 備 の 概 要		
医 薬 品 の 販 売 又 は 授 与 を 行 う 体 制 の 概 要		
( 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		
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
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
	(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)	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つた後、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	

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 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 )

長 崎 県 知 事 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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（店舗販売業用）

氏名（法人にあっては名称） \_\_\_\_\_

店舗の名称 \_\_\_\_\_

店舗の所在地 \_\_\_\_\_

#### 【建物の構造等】

建 物	造	看 板 等 設 置	有 ・ 無
換 気 設 備	有 ・ 無	住居、不潔な場所等との 区 別	有 ・ 無
面 積	m <sup>2</sup>	明 る さ ( 6 0 ルクス以上 )	有 ・ 無
冷 暗 所	有 ・ 無	鍵のかかる貯蔵設備	有 ・ 無
貯蔵設備を設ける区域 の 区 別	有 ・ 無 ・ 該当外		

#### 【医薬品販売に関する構造設備】

要指導医薬品を販売しない 時間帯の有無及び陳列場所 等の閉鎖構造	無 ・ 有	シャッター     パーティション     チエーン その他（下の欄に具体的に記入）
一般用医薬品を販売しない 時間帯の有無及び陳列場所 等の閉鎖構造	無 ・ 有	シャッター     パーティション     チエーン その他（下の欄に具体的に記入）

情報提供するための設備	<p style="text-align: center;">力所</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</span> <table style="border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">内訳</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">_____ 階</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">_____ 力所</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">_____ 階</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">_____ 力所</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">_____ 階</td> <td style="padding: 5px; text-align: center;">_____ 力所</td> </tr> </table> <span style="font-size: 3em; margin-left: 10px;">}</span> </div>	内訳	_____ 階	_____ 力所		_____ 階	_____ 力所		_____ 階	_____ 力所
内訳	_____ 階	_____ 力所								
	_____ 階	_____ 力所								
	_____ 階	_____ 力所								
要指導医薬品の取扱の有無及び陳列設備	<p style="text-align: center;">無 ・ 有</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</span> <p style="margin: 0;">進入防止措置（要指導医薬品陳列区画） かぎをかけた陳列設備 直接手の触れられない陳列設備</p> <span style="font-size: 3em; margin-left: 10px;">}</span> </div>									
第一類医薬品の取扱の有無及び陳列設備	<p style="text-align: center;">無 ・ 有</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</span> <p style="margin: 0;">進入防止措置（第一類医薬品陳列区画） かぎをかけた陳列設備 直接手の触れられない陳列設備</p> <span style="font-size: 3em; margin-left: 10px;">}</span> </div>									
指定第二类医薬品の取扱の有無及び陳列設備	<p style="text-align: center;">無 ・ 有</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 3em; margin-right: 10px;">{</span> <p style="margin: 0;">情報提供設備から 7 m 以内 進入防止措置（指定第二类医薬品陳列設備から 1 . 2 m 以内） かぎをかけた陳列設備</p> <span style="font-size: 3em; margin-left: 10px;">}</span> </div>									

### 【その他】

販売等する医薬品の区分	要指導医薬品 第一類医薬品 指定第二类医薬品 第二类医薬品（指定第二类医薬品を除く。） 第三類医薬品
兼営事業の種類	

\* 「無・有」については該当するものに をつけ、有の場合はその内容を記入すること。

\* については、該当するものをレ点をつけること。

## 業務体制の概要（店舗販売業）

店舗の名称 \_\_\_\_\_

**【通常の営業時間等】**

週当たりの営業時間等	
店舗の開店時間	時間
一般用医薬品又は要指導医薬品（以下、一般用医薬品等）販売時間	時間
第一類医薬品又は要指導医薬品（以下、第一類医薬品等）販売時間	時間
情報提供するための設備	力所

**【一般用医薬品等の販売等に従事する薬剤師及び登録販売者の勤務状況】**

	一般用医薬品等の販売に従事する勤務時間数(週当たり)	第一類医薬品等の販売に従事する勤務時間数(週当たり)
薬剤師		
登録販売者		
総和	時間	時間

**【体制省令への適合状況】\*** 時間数は、週当たりの時間数の総和とする。

一般用医薬品等販売に従事する専門家の勤務時間数 <input style="width: 100px;" type="text"/>	=	<input style="width: 100px;" type="text"/>			<input style="width: 100px;" type="text"/>	一般用医薬品等販売時間
情報提供設備の数 <input style="width: 100px;" type="text"/>						(体制省令第 2 条第 1 項第 4 号)
一般用医薬品の特定販売を行う薬局にあっては、その開店時間の 1 週間の総和が 30 時間以上であり、そのうち、深夜（午後 10 時から午前 5 時まで）以外の開店時間の 1 週間の総和が 15 時間以上であることを目安とする。						
第一類医薬品等販売に従事する薬剤師の勤務時間数 <input style="width: 100px;" type="text"/>	=	<input style="width: 100px;" type="text"/>			<input style="width: 100px;" type="text"/>	第一類医薬品等販売時間
情報提供設備の数 <input style="width: 100px;" type="text"/>						(体制省令第 2 条第 1 項第 5 号)

\* 体制省令：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

\* 時間数は、週当たりの時間数の総和とする。

**【店舗販売業者の講じなければならない措置】**

医薬品を販売授与する場合の情報提供その他の要指導医薬品等の販売授与の業務（要指導医薬品及び一般用医薬品の貯蔵並びに要指導医薬品又は一般用医薬品を販売し、又は授与する開店時間が以外の時間における対応に関する業務を含む。）に係る適正な管理を確保するための指針（体制省令第 2 条第 1 項第 6 号）	無 ・ 有
従事者から店舗販売業者への事故報告の体制の整備（体制省令第 2 条第 2 項第 1 号）	無 ・ 有
医薬品の貯蔵設備を設ける区域に立ち入ることができる者の特定（体制省令第 2 条第 2 項第 2 号）	無 ・ 有 ・ 該当外
要指導医薬品等の適正販売等のための業務に関する手順書（体制省令第 2 条第 2 項第 3 号）	無 ・ 有
要指導医薬品等の適正販売等のために必要となる情報の収集その他要指導医薬品等の適正販売等の確保を目的とした改善のための方策の実施（体制省令第 2 条第 2 項第 4 号）	無 ・ 有

\* 体制省令：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

# 店舗の平面図

様式66

医療機器関係の場合 [ 管理医療機器等の貯蔵・陳列場所、出入口、窓、住居等との区画、店舗の実測の寸法（メートル） ]

薬局、医薬品販売業の場合 [ 調剤室等、毒薬保管庫、冷暗所、給排水設備、出入口、窓、待合室、便所、倉庫、控室等の設置場所、  
実寸の寸法（メートル） ]

A large grid for drawing a floor plan, consisting of 20 columns and 15 rows of squares. The grid is intended for use in creating a detailed architectural drawing of a shop or pharmacy floor plan, with dimensions measured in meters.

付 近 の 見 取 り 図 ( 交 通 機 関 の 下 車 駅 、 曲 り 角 等 、 主 な 目 標 を 記 入 す る こ と )

様式 6 7

名 称

---

所 在 地

---

電 話

( )

---



薬剤師及び登録販売者一覧

例示 3

【A】	種 別	管理薬剤師	登録販売者（店舗管理者）	
		その他薬剤師	その他登録販売者	研修中の登録販売者
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（ 薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（            ）	時間	
【B】	種 別	管理薬剤師	登録販売者（店舗管理者）	
		その他薬剤師	その他登録販売者	研修中の登録販売者
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（ 薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（            ）	時間	
【C】	種 別	管理薬剤師	登録販売者（店舗管理者）	
		その他薬剤師	その他登録販売者	研修中の登録販売者
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（ 薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（            ）	時間	
【D】	種 別	管理薬剤師	登録販売者（店舗管理者）	
		その他薬剤師	その他登録販売者	研修中の登録販売者
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（ 薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（            ）	時間	



## 特定販売の概要（店舗販売業）

店舗の名称 \_\_\_\_\_

特定販売を行う際に使用する通信手段	インターネット 電話 カタログ その他（ ）
特定販売を行う医薬品の区分	第一類医薬品 指定第二類医薬品 第二類医薬品（指定第二類医薬品を除く。） 第三類医薬品
特定販売を行う時間及び営業時間のうち特定販売のみを行う時間	無 ・ 有 （ ）
略称等	無 ・ 有 （ ）
主たるホームページアドレス及び主たるホームページの構成の概要	別紙のとおり
長崎県が特定販売の監督を行うために必要な設備	デジタルカメラ インターネットに接続されたパソコン 薬局に固定された電話機 その他（ ）  なお、当該店舗の営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合に限る。

- \* 「無・有」については該当するものに をつけ、有の場合はその内容を記入すること。
- \* については、該当するものをレ点をつけること。
- \* 主たるホームページの構成の概要については、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の書類を添付すること。カタログ等を用いて特定販売を行う場合においても、同様にその概要がわかる資料を添付すること。

## 雇用契約書

雇用者住所

氏名

被雇用者住所

氏名

雇用者（以下甲と称す）被雇用者（以下乙と称す）は、下記条件により雇用契約を締結する。

1. 甲は乙を甲の店舗の医薬品、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規定する（管理薬剤師（登録販売者）・その他の薬剤師・その他の登録販売者・再生医療等製品営業所管理者）として（調剤・医薬品の販売）に従事させるものとする。
2. 乙は次により甲の店舗の医薬品、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規定する（管理薬剤師（登録販売者）・その他の薬剤師・その他の登録販売者・再生医療等製品営業所管理者）として勤務する。

勤務時間 午前 時 分から午後 時 分まで  
（週当たり勤務時間数： 時間）

休日

給与	給料	月給	円	手当	円
	賞与		円	その他	円

勤務する薬局・店舗等（勤務箇所が複数ある場合はそれぞれについて記載）

薬局・店舗等名称：

薬局・店舗等所在地：

3. 乙は甲が行政機関に届け出た店舗以外の他の場所において薬事に関する業務に従事しないものとする。
4. 甲及び乙はこの契約の成立を証するため、各一通を保有する。

年 月 日

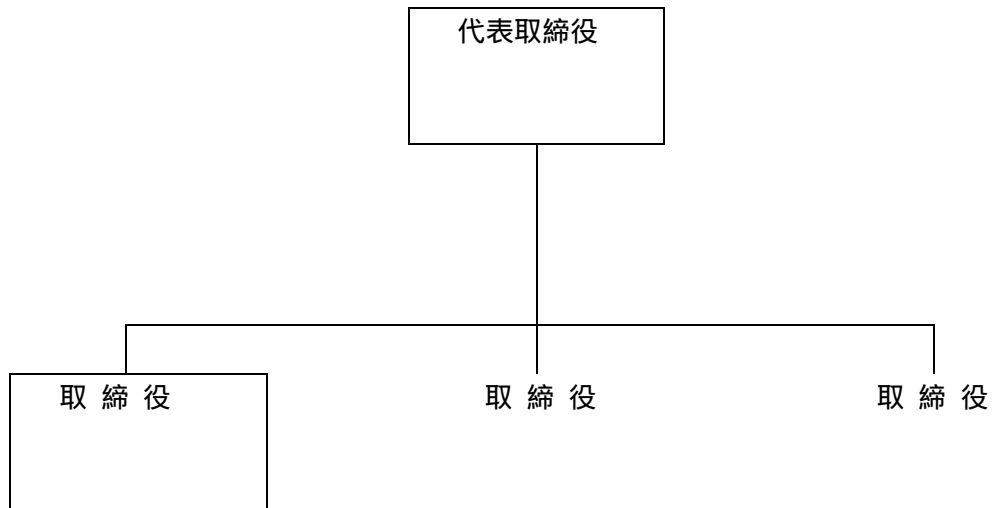
甲 氏名

乙 氏名



# 組 織 規 定 図

## 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名



内が薬事に関する業務に責任を有する役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

業務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 様

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

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  
に従事した期間 ( 年 月間)  
年 月 ~ 年 月 )

2. 業務内容(業務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、日本産業規格 A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明りょうに書くこと。
- 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。

実務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 様

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及び許可番号	
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	

1. 実務期間 ( 年 月間) 年 月 ~ 年 月
2. 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
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。
4. 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)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明りょうに書くこと。
- 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。



年 月 日

被業務（実務）従事証明者 \_\_\_\_\_ に係る勤務状況報告書

《従事した薬局又は医薬品の販売業者》

名称：

許可番号：

所在地又は販売区域：

《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）：

上記の者の一般用医薬品販売に係る実務経験について、下記の通り報告します。なお、本証明に係る根拠資料については、求めがあれば提出いたします。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月～ \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月分の勤務状況

従事期間（1か月単位で記載）	従事日数	勤務時間
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日～ 年 月 日	計	時間 分

根拠としたもの： \_\_\_\_\_

上記内容について事実と相違ありません。

（被証明者）氏 名：

業務従事確認書

年 月 日

都道府県知事（保健所設置市長又は特別区長） 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	
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

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

実務従事確認書

年 月 日

都道府県知事（保健所設置市長又は特別区長） 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 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1. 実務期間（ 年 月間）

年 月 ~ 年 月（ 年 月間）

2. 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

3. 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。

4. 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)

- 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。