

店舗の所在地 _____

【建物の構造等】

店舗の名称 _____

建物			
面積（内法）	[] m ²		
設備等			
以下の設備等の有無（該当する項目について、右列の□にレ点を付ける等して分かるよう記載すること。）			
医薬品を購入等しようとする者が容易に出入りできる構造であり、店舗であることがその外観から明らかである			<input type="checkbox"/>
換気のための設備を有する ^{※1}			<input type="checkbox"/>
他の店舗販売業の店舗又は薬局の場所、常時居住する場所及び不潔な場所から明確に区別されている			<input type="checkbox"/>
貯蔵設備を設ける区域は、他の区域から明確に区別されている ^{※1}			<input type="checkbox"/>
医薬品を通常陳列し、又は交付する場所は 60 lux 以上の明るさを有する			<input type="checkbox"/>
冷暗貯蔵が必要な医薬品の取扱	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	冷暗貯蔵のための設備 ^{※1}	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無
毒薬の取扱	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	鍵のかかる貯蔵設備 ^{※1}	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無

※1 設備及び区域の詳細を図面に明示すること。

【陳列設備等】

情報提供するための設備	[] カ所	2以上の階に医薬品を陳列・交付する場所がある場合、以下に内訳を記載 内訳： _____ 階 _____ カ所、 _____ 階 _____ カ所
要指導医薬品の取扱いの有無及び陳列設備	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 進入防止措置（要指導医薬品陳列設備から1. 2 m以内） <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備 <input type="checkbox"/> 陳列せずに貯蔵のみ（貯蔵場所を具体的に記入） { _____ }
第一類医薬品の取扱いの有無及び陳列設備	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 進入防止措置（第一類医薬品陳列設備から1. 2 m以内） <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備 <input type="checkbox"/> 陳列せずに貯蔵のみ（貯蔵場所を具体的に記入） { _____ }
指定第二類医薬品の取扱いの有無及び陳列設備	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 情報提供設備から7 m以内 <input type="checkbox"/> 進入防止措置（指定第二類医薬品陳列設備から1. 2 m以内） <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備
指定濫用防止医薬品の取扱いの有無及び第二類医薬品又は第三類医薬品である指定濫用防止医薬品の陳列設備	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者を継続的に配置した情報提供設備から7 m以内 <input type="checkbox"/> 進入防止措置（指定濫用防止医薬品陳列設備から1. 2 m以内） <input type="checkbox"/> 鍵をかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備 <input type="checkbox"/> 陳列せずに貯蔵のみ（貯蔵場所を具体的に記入） { _____ }
要指導医薬品を販売しない時間帯の有無及び要指導医薬品陳列区画の閉鎖構造	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入） { _____ }
第一類医薬品を販売しない時間帯の有無及び第一類医薬品陳列区画の閉鎖構造	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入） { _____ }

【図面】

作成日 年 月 日

