

1

ログイン 新規登録

# 堺市電子申請システム

## もっと便利に。 もっと簡単に。

堺市では行政手続きの受付がインターネットで行えます。  
このサービスを通して皆様の生活をもっと便利に。もっと簡単に。



堺市電子申請システム

2

手続き一覧 (個人向け)

**手続き一覧 (事業者向け)**

ヘルプ

よくあるご質問

3

条件を指定して検索

カテゴリ 組織 利用者情報

- イベント
- アンケート
- 窓口予約
- 補助金関連
- くらしの情報
- 子育て・教育
- 健康・福祉**
- 健康
- 福祉
- 医療・くすり**
- 食品の安全

4

手続き一覧 (事業者向け)

該当件数 6 件

毒物及び劇物取締法関係  
毒物及び劇物取締法関係の申請・届出はこ  
ちら。

医薬品医療機器等法関係  
医薬品医療機器等法関係の申請・届出はこ  
ちら。

フォルダ

毒物劇物販売業の更新は  
「毒物及び劇物取締法関係」を選択

5

⑥以降は、薬局の許可更新を例に説明します。

医薬品医療機器等法関係

該当件数 2 件

フォーム入力版はこちら  
各種様式へ直接フォーム入力を行い申請等  
することができます。

アップロード版はこちら  
各種様式のデータをアップロードすること

6

該当件数 5 件

薬局製剤製造業・製造販売業許可更新申請  
(フォーム入力版)

高度管理医療機器等販売業・貸与業許可更  
新申請 (フォーム入力版)

取扱処方箋数届

店舗販売業許可更新申請 (フォーム入力  
版)

**薬局許可更新申請 (フォーム入力版)**

更新する業種を選択  
してください。

7

薬局許可更新申請 (フォーム入力版)

本申請フォームについて

【必ずお読みください】

お問い合わせ先

次へ進む

あとで申請する

8



ログインが必要です。

OK

利用者ID (メールアドレス) 必須

パスワード 必須

アカウントをお持ちでない  
場合は「事業者」として新  
規登録を行ってください。

利用者の新規登録はこちら

9 薬局許可更新申請（フォーム入力版）

許可証原本の提出方法について **必須**

選択解除

郵送  
 窓口

許可番号 **必須**

例：00A00000

許可年月日 **必須**

許可証の有効期間開始日を入力ください。

年  
選択してください

月  
選択してください

日  
選択してください

10

薬局の名称 **必須**

堺市保健所 環境薬務課

薬局の所在地 **必須**

郵便番号（ハイフンなし）

5900078 **アカウント情報が引用されています。必要に応じて修正してください。**

都道府県  
大阪府

市区町村  
堺市堺区

町名・番地・建物名・部屋番号

南瓦町3-1 本館6階

11

事業形態 **必須**

選択解除

法人  
 個人

責任役員の人数 **必須**

責任役員：薬事に関する業務に責任を有する役員

1人

責任役員 1 **必須** **事業形態が個人の場合、表示されません。**

姓  
名

12

欠格条項 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

選択解除

なし  
 あり

欠格条項 7 **必須**

薬局開設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

選択解除

なし  
 あり

薬局電話番号 **必須**

例：0722229940

0722229940 **アカウント情報が引用されています。必要に応じて修正してください。**

13 令和3年8月1日時点での責任役員 **必須**

R3.8.1の法改正により業務を行う役員が廃止された。責任役員を1名に減らす。責任役員を1名に減らす。責任役員を1名に減らす。

事業形態が個人の場合、表示されません。

選択解除

1. 責任役員の届出済み  
 2. 上記の者は令和3年8月1日より責任役員である  
 3. 以下の者は令和3年8月1日時点での責任役員である

令和3年8月1日時点での責任役員の人数

1人

責任役員 1（令和3年8月1日） **必須**

姓  
名

令和3年8月1日時点での責任役員の上記欠格条項1～7の有無

なし

14

開設者住所（法人にあっては法人所在地） **必須**

郵便番号（ハイフンなし）

5900078 **アカウント情報が引用されています。必要に応じて修正してください。**

都道府県  
大阪府

市区町村  
堺市堺区

町名・番地・建物名・部屋番号

南瓦町3-1 本館6階

15 代表者の役職 **必須**

例：代表取締役

代表者名 **必須**

姓  
環菜  
名  
課長

担当

姓  
堺市  
名  
太郎

担当者の電話番号 **必須**

例：0722229940

0722229940 **アカウント情報が引用されています。必要に応じて修正してください。**

16 許可証の受け取り方法について **必須**

選択解除

郵送（レターパック：520円）  
 窓口  
 その他

郵送先宛名 **必須**

郵送先住所 **必須**

選択解除

薬局の所在地  
 開設者住所（法人にあっては法人所在地）  
 郵送先住所入力

次へ進む

17 薬局許可更新申請（フォーム入力版）

許可証原本の提出方法について

郵送 **修正する**

許可番号

00A00000 **修正する**

郵送先住所  
薬局の所在地 **修正する**

**申請する**

戻る

申請完了です。選択した許可証の提出方法により許可証原本を提出し、環境薬務課からの連絡をお待ちください。