

薬局開設許可更新申請書

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話

住所

氏名

(法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、薬局開設の許可の更新を申請します。

許可番号及び年月日		第 号 (有効期間開始日) 年 月 日		
薬局の名称				
薬局の所在地		〒 (電話) (FAX) (e-mail) 広島市 区		
変更内容		事項	変更前	変更後
(法人にあっては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名				
申請者(法人にあっては、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った後、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、その違反行為があった日から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薬局開設者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者			
	(7) 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			
通常の営業日及び営業時間				
管理薬剤師の氏名		週当たり勤務時間数 時間		
管理薬剤師の住所				
薬剤師の合計人数及び人役		合計人数: 人	合計人役: 人	
前年の一日平均取扱い処方箋数		枚		
備考				
担当者所属・氏名等		(電話)		

※軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します。(承諾されない方はお申し出ください。)

◎ここから下には記入しないでください。

受付印	調査年月日	施設基準等	審査者	許可年月日	許可番号		
		適 ・ 否			第 号		
	(受付)		(伺い)				
	係	専門員	係	係長	課長	照合	公印

(注意)

- 1 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施行規則（以下、「規則」という。）第16条第1項各号に掲げる事項のうち、変更のあった日から30日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあった事項について、変更内容欄に記載してください。また、薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者に変更があった場合のうち、新たに当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者となった者がいる場合には、その者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を変更後欄に付記してください。
- 2 規則第16条の2第1項各号に掲げる事項についてこの更新申請書を提出する際に変更の予定がある場合は、当該変更の予定がある事項について、変更内容欄に記載してください。
- 3 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)及び(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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った場合はその年月日を、(4)欄にあってはその違反の事実及び違反した年月日を記載してください。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してください。
- 4 管理薬剤師以外に当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師があるときは、薬剤師の勤務状況を添付してください。