

記入例

# 薬局開設許可申請書

(宛先)  
広島市保健所長

〒730-8586 電話082-245-2111  
住所 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号

氏名 株式会社〇〇〇 代表取締役 廣島 太郎

主たる事務所とは、登記事項証明書に記載された本店→ (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、薬局開設の許可を申請します。

|   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| 薬 局 の 名 称   | 〇〇薬局   |                                       |
| 薬 局 開 設 の 所 在 地   | 〒730-0043 (電話) 082-241-1585 (FAX) 082-241-2567<br>広島市中区富士見町11番27号 1階 ←ビルの階も記入          |                                       |
| 薬 局 の 構 造 設 備 の 概 要                                       | 別紙のとおり   |                                       |
| 調 剤 及 び 調 剤 さ れ た 薬 剤 の 販 売 又 は 授 与 の 業 務 を 行 う 体 制 の 概 要 | 別紙のとおり   |                                       |
| 医 薬 品 の 販 売 又 は 授 与 を 行 う 体 制 の 概 要                       | 別紙のとおり   |                                       |
| (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                            | 〇〇 〇〇、△△ △△、□□ □□  |                                       |
| 通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間                                   | 月~水、金は 8:30~18:00 木、土は 8:30~13:00  |                                       |
| 相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先                                   | 〇〇〇〇 ←電話番号を記入 (担当: 管理薬剤師 ●●)   |                                       |
| 薬剤師不在時間の有無 (該当する項目に☑してください。)                              | <input type="checkbox"/> 有   | <input checked="" type="checkbox"/> 無 |
| 特定販売の実施の有無 (該当する項目に☑してください。)                              | <input checked="" type="checkbox"/> 有  | <input type="checkbox"/> 無            |
| 健康サポート薬局である旨の表示の有無 (該当する項目に☑してください。)                      | <input checked="" type="checkbox"/> 有  | <input type="checkbox"/> 無            |
| 申請者(法人にあっては、代表取締役)の資格事項を審査する業務責任                          | (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  | なし                                    |
|   | (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  | なし                                    |
|   | (3) 拘禁刑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                                | なし                                    |
|   | (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 | なし                                    |
|   | (5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者   | なし                                    |
|   | (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                         | なし                                    |
|   | (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   | なし                                    |
| 備 考   |  |                                       |
| 担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等   | 〇〇〇〇課 環境 衛 (電話) 〇〇〇〇   |                                       |

該当しなければ「なし」と記入

※ 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 |     |       | 薬 第 号 |
|     | (受付)  | (伺い)  |     |       |       |
|     | 係     | 係     | 係長  | 課長    | 照合    |
|     |       |       |     |       | 公印    |
|     |       |       |     |       | 施行    |

(注意)

- 1 薬局の構造設備の概要は、別紙を添付してください。
- 2 調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制は、別紙を添付してください。
- 3 医薬品の販売又は授与の業務を行う体制の概要は、別紙を添付してください。
- 4 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してください。
- 5 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っ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。
- 6 特定販売の実施の有無欄に有とした場合は、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第4条第3項第4号ロで定める事項を記載した書類を添付してください。