

薬局開設許可申請書

記入例

薬局の名称	〇〇薬局		
薬局の所在地	〇〇市 △△町 □丁目 □番 □号		
薬局の構造設備の概要	別紙、構造設備の概要のとおり		
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、薬局体制省令への適合を示す書類のとおり		
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙、薬局体制省令への適合を示す書類のとおり		
(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名	別紙、業務分掌表のとおり		
通常の営業日及び営業時間	月～金 10:00～20:00 土 10:00～18:00		
相談時及び緊急時の連絡先	電話番号 073-〇〇〇-××△△ メールアドレス〇〇@××.ne.jp		
薬剤師不在時間の有無	有	・ 無	
特定販売の実施の有無	有	・ 無	
健康サポート薬局である旨の表示の有無	有	・ 無	
申請者(業務)の法人格(役員)を有する者(1)～(7)	(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(全員なし)
	(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(全員なし)
	(3)	(5)(6)従来診断書及び疎明書に記載されていた内容 ※(6)に該当するおそれがある場合、診断書を添付して下さい。	なし(全員なし)
	(4)	法、麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 に関する法令で定められた方に違反し、その違反の日から2年を経過していない者	なし(全員なし)
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	なし(全員なし)
	(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、判断及び行動を適切に行うことができない者 (7)新設	なし(全員なし)
	(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(全員なし)
備考			

指針と手順書を添付して下さい。

上記により、薬局開設の許可を申請します。

令和 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)