

様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書

薬 局 の 名 称		
薬 局 の 所 在 地		
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
(法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名		
通常の営業日及び営業時間		
相談時及び緊急時の連絡先		
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
条 業 務 申 請 者 に 責 任 を 有 す る 役 員 を 含 む の 欠 格	(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、その違反行為があつた日から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つて必要な認知、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
備 考		
薬局において販売し、又は授与する医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 薬局医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品	
放射性医薬品の取り扱い	有<種類及び設備の概要は別添のとおり> ・ 無	
兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 薬局製剤製造販売・製造業 <input type="checkbox"/> 医薬部外品・化粧品の販売 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業 <input type="checkbox"/> 管理医療機器販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 麻薬小売業	
薬局の電話番号及びFAX番号	電話：	FAX：
添付書類の省略	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ） 施設名称： 許可番号等： 提出年月日：	
その他	<input type="checkbox"/> 管理者は薬剤師法第8条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令（再教育研修命令）を受けた者でない。 ・管理者の前職歴：管理者経験 有（ ）・無 申請担当者【氏名： 連絡先： 】	

上記により、薬局開設の許可を申請します。

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 }

(宛先) 東大阪市長