

様式第一（第一条関係）：薬局開設許可申請書 記載例

薬局開設許可申請書

薬局の名称	〇〇薬局		
薬局の所在地	東大阪市〇〇町〇丁目△番□号 〇〇ビル1階		
薬局の構造設備の概要	別紙のとおり	ビルの場合はビル名と階数を記載	
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	代表取締役（代表執行役）は全ての業務の決定権があるため、全員が薬事に関する業務に責任を有する役員となります。	
(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	〇〇 〇〇、△△ △△		
通常の営業日及び営業時間	月～金 〇時～△時、土 〇時～□時、日祝定休日		
相談時及び緊急時の連絡先	090-XXXX-XXXX		
薬剤師不在時間の有無	緊急時に連絡のとれる電話番号等を記載	有 ・ <input type="radio"/> 無	
特定販売の実施の有無		有 ・ <input type="radio"/> 無	
健康サポート薬局である旨の表示の有無		有 ・ <input type="radio"/> 無	
申請者（法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む）の欠格事項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	当該事実ないとき、個人の場合は「なし」、法人の場合で責任役員が複数いる場合は「全員なし」と記載。 あるときは、(1)及び(2)にあつてはその理由及び年月日を、(3)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)にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載。(6)に該当するおそれがある者については「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すること。	全員なし
	(2) 法第75条の2第1項の規定に違反していない者		全員なし
	(3) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わって、3年を経過していない者		全員なし
	(4) 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わって、3年を経過していない者		全員なし
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の取締法に違反して、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わって、3年を経過していない者		全員なし
	(6) 精神の機能の障害により薬局開設許可の取消を命ぜられた者		全員なし
	(7) 薬局開設者の業務を適切に行っていない者		全員なし
備 考			
薬局において販売し、又は授与する医薬品の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 薬局医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input checked="" 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> ・ <input type="radio"/> 無		
兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 薬局製剤製造販売・製造業 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬部外品・化粧品の販売 <input checked="" type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 麻薬小売業		
薬局の電話番号及びFAX番号	電話：072-XXXX-XXXX、 FAX：072-XXXX-XXXX		
添付書類の省略	<input checked="" type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 施設名称：□□薬局△△店   許可番号等：第薬局-xxxx号 提出年月日：〇〇年〇月〇日付け□□申請時に添付		
その他	<input checked="" 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 <input checked="" type="radio"/> ( ■■薬局△△店 ) ・ 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 ← 窓口へ提出した日を記載

この申請に関しての担当者名及び連絡先を記載

個人の場合は現住所及び個人名を記載。  
法人の場合は登記された本社の所在地、商号及び代表者の役職名、氏名を記載。

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)

東大阪市〇〇町〇丁目△番□号

株式会社〇〇薬局  
代表取締役 〇〇 〇〇

(宛先) 東大阪市長