様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書

記載例

薬局の名称	○○薬局
薬局の所在地	〒780-0850　高知市丸の内○丁目○番○号　○○ビル１階
薬局の構造設備の概要	別紙１－１及び別紙１－２　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２及び別紙３　業務体制の概要の通り
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙２及び別紙３　業務体制の概要の通り
（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	代表取締役　桂浜子， 取　締　役　日曜市太郎，土佐二郎
通常の営業日及び営業時間	月火水木金（9:00～19:00）　土（9:00～18:00）
相談時及び緊急時の連絡先	電話番号 088-822-○○○○
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

薬事に関する業務に責任を有する役員全員の氏名を記載してください。

患者さんからの相談などに対応する電話番号を記載してください。

該当するものを○で囲んでください。

無を○で囲んでください。

申請（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	全員なし
	(2)	法第75条 ら３年を 日か	全員なし
	(3)	拘禁刑以 ことがな	全員なし
	(4)	法，麻薬 る法令で 行為があ 関す 違反	全員なし
	(5)	麻薬，大	全員なし
	(6)	精神の機 必要な認知， つて 者	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	全員なし

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つ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。

備考	兼営事業の　有・無 ・管理医療機器（販売業・貸与業） ・する　・特定管理医療機器を含む→特定管理医療機器営業所管理者（　○○丈太郎　） ・特定管理医療機器を含まない ・しない ・その他（　　）

該当するものを○で囲んでください。

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）　〒780-○○○○　高知市○○町○丁目○番○号

氏　名（法人にあつては，名称及び代表者の氏名）　株式会社○○○　代表取締役　桂浜子

高知市保健所長　様

担当者氏名，連絡先：○○丈太郎　090-○○○○-○○○○