

薬局開設許可申請書

記載例

薬局の名称	〇〇薬局			
薬局の所在地	〒780-0850 高知市丸の内〇丁目〇番〇号 〇〇ビル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名	代表取締役 桂浜子、 取締役 日曜市太郎、土佐二郎		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。	
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 088-822-0000		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。	
薬剤師不在時間の有無	有	<input type="radio"/>	無 <input checked="" type="radio"/>	該当するものを○で囲んでください。
特定販売の実施の有無	有	<input type="radio"/>	無 <input checked="" type="radio"/>	該当するものを○で囲んでください。
健康サポート薬局である旨の表示の有無	有	<input type="radio"/>	無 <input checked="" type="radio"/>	無を○で囲んでください。
申請に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務を含む。)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年を経過した者	3	全員なし
	(2)	法第75条第2項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過した者	日か	全員なし
	(3)	拘禁刑に処せられた者		全員なし
	(4)	法、麻薬取締法、麻薬取締法施行令で定められた行為を行った者	関す違反	全員なし
	(5)	麻薬、大麻取締法で定められた行為を行った者		全員なし
	(6)	精神の機能の障害に関する医師の診断書に基づいて必要な認知、判断能力を有しない者		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
備考	兼営事業の <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ・管理医療機器(販売業・貸与業) する <input checked="" type="radio"/> 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 (〇〇丈太郎) ・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 〇 年 〇 月 〇 日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〒780-0000 高知市〇〇町〇丁目〇番〇号
 氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇〇 代表取締役 桂浜子

高知市保健所長 様

担当者氏名、連絡先: 〇〇丈太郎 090-0000-0000