

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		
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		
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要		
(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
申請者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	
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"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品	
一日平均取扱処方箋数	枚	
兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 医薬品・医薬部外品・化粧品販売業 <input type="checkbox"/> 麻薬小売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売・貸与業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物販売業 <input type="checkbox"/> 管理医療機器販売・貸与業 <input type="checkbox"/> 薬局製剤製造販売業・製造業	
備 考	[薬局の管理者の直近の前職歴] [営業所管理者] [添付済書類の省略] <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証 / 販売従事登録証 (氏名:)) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()) 名称 () 許可番号 () (申請・届出)年月日 : [薬局の TEL]	

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]

堺 市 長 殿

[連絡先] 担当者名 :
電話番号 :