

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	
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つた後、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切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			

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)

電話番号 ()

担当者名

中央区保健所長

資格者一覧表

別紙

管 理 者	氏 <small>ふ り が な</small> 名		資 格	薬剤師 ・ 登録販売者	
	住 所				
	週 当 た り 勤 務 時 間 数	(a) 時間			
		(a)のうち、特定販売のみを行う時間中の勤務時間数(b)	時間		
		開店時間中の勤務時間数(c)=(a)-(b)	時間		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
勤 務 薬 劑 師	氏 <small>ふ り が な</small> 名		資 格	薬剤師 ・ 登録販売者	
	住 所				
	週 当 た り 勤 務 時 間 数	(a) 時間 (担当する業務 : 調剤 ・ 医薬品販売)			
		(a)のうち、特定販売のみを行う時間中の勤務時間数(b)	時間		
		開店時間中の勤務時間数(c)=(a)-(b)	時間		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
又 は 勤 務 登 録 販 売 者	氏 <small>ふ り が な</small> 名		資 格	薬剤師 ・ 登録販売者	
	住 所				
	週 当 た り 勤 務 時 間 数	(a) 時間 (担当する業務 : 調剤 ・ 医薬品販売)			
		(a)のうち、特定販売のみを行う時間中の勤務時間数(b)	時間		
		開店時間中の勤務時間数(c)=(a)-(b)	時間		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
兼 営 事 業 の 種 類	氏 <small>ふ り が な</small> 名		資 格	薬剤師 ・ 登録販売者	
	住 所				
	週 当 た り 勤 務 時 間 数	(a) 時間 (担当する業務 : 調剤 ・ 医薬品販売)			
		(a)のうち、特定販売のみを行う時間中の勤務時間数(b)	時間		
		開店時間中の勤務時間数(c)=(a)-(b)	時間		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		
以下、別紙のとおり					
兼 営 事 業 の 種 類		一日平均取扱処方箋枚数		枚	
医薬品の販売業を併せ行う場合 販売又は授与する 医薬品の区分		1 薬局医薬品 2 薬局製造販売医薬品 (以上、薬局のみ) 3 要指導医薬品			
		(一般用医薬品) 4 第一類医薬品 5 指定第二类医薬品 6 第二类医薬品 7 第三類医薬品			

証 書

私どもは下記事項を条件として使用関係にあることを証します。

年 月 日

使 用 者 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 〕

被 使 用 者 住 所
氏 名

記

【業 務】 管理者（薬剤師・登録販売者・
勤務薬剤師
勤務登録販売者
毒物劇物取扱責任者
高度管理医療機器等営業所管理者

備 考

該当する業務に丸を付けること。

特定販売に係る事項

特定販売を行う医薬品の区分	イ 第一類医薬品 ロ 指定第二類医薬品 ハ 第二類医薬品 ニ 第三類医薬品 ホ 薬局製造販売医薬品
広告に表示する名称 (薬局・店舗の正式名称と異なる場合)	
使用する通信手段	
主たるホームページアドレス (インターネット広告を行う場合) ※	
主たるホームページの構成概要 (インターネット広告を行う場合) ※	
(1) 特定販売を行う時間	
(2) 特定販売のみを行う時間がある場合、その時間	
(3) 特定販売の適切な監督を行うために必要な設備の概要 ((2) がある場合)	
備 考	

※ 複数のホームページを開設している場合は、全ての主たるホームページアドレスを記載してください。また、ホームページでの医薬品の表示内容や表示すべき事項の表示の状況等が分かるようなホームページのイメージ等の書類を添付してください。