

様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書

薬 局 の 名 称		電話（ ）	
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	
責 任 請 を 者 有 す る 役 員 に あ つ て は 、 （ 法 人 に あ つ て は 、 欠 格 条 項 の 業 務 に 関 する 業 務 に	(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		☐ 薬局医薬品 ☐ 薬局製造販売医薬品 ☐ 要指導医薬品 ☐ 第一類医薬品 ☐ 指定第二類医薬品 ☐ 第二類医薬品 ☐ 第三類医薬品	
1 日 平 均 取 扱 処 方 箋 数		枚	
兼 営 事 業 の 種 類		☐ 薬局製剤製造・製造販売業 ☐ 医薬品・医薬部外品・化粧品の販売 ☐ 高度管理医療機器等販売業・貸与業 ☐ 毒物劇物販売業 ☐ 麻薬小売業	
備 考		●管理薬剤師の前職：（ 年 月 日退職・予定） ●次の書類を下記の 申請書 / 届出に添付済みのため省略します。 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他（ ） 名称： 許可番号： 許可／届出 年月日： 許可希望日 年 月 日	

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、主たる事業所の所在地)
氏 名
(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

寝屋川市長 様

【連絡先】 担当者名：
電話番号：