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 | |
| （法人にあっては）  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（法人にあっては、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) | 拘禁刑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、その違反行為があった日から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って必要な認知、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１類医薬品　□指定第２類医薬品　　□第２類医薬品　□第３類医薬品 | |
| 一日取扱処方箋数 | | | 枚 | |
| 兼営事業の種類 | | | □薬局製剤製造業・製造販売業　□医薬品・医薬部外品・化粧品の販売  □毒物劇物販売業　□麻薬小売業  □高度管理医療機器等販売業・貸与業　□管理医療機器等販売業・貸与業 | |
| 備考 | | | 管理薬剤師の前職： | |

上記により、薬局開設の許可を申請します。

　　 年　　月　　日

住　所　　〒

法人にあっては、主たる事業所の所在地

氏　名

法人にあっては名称及び代表者の氏名

吹田市保健所長　様

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：