様式第一（第一条関係）

記入例

薬局開設許可申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 | **〇〇薬局** |
| 薬局の所在地 | **埼玉県〇〇市☓☓一丁目２番地３** |
| 薬局の構造設備の概要 | **別紙、構造設備の概要のとおり****（又は　別紙１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、薬局体制省令への適合を示す書類のとおり****（又は　別紙２のとおり）** |
| 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要 | **別紙、薬局体制省令への適合を示す書類のとおり****（又は　別紙３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 | **○○　太郎、○○　花子****(又は、別紙4のとおり)** |
| 通常の営業日及び営業時間 | **月～金１０：００～２０：００****土１０：００～１８：００****書ききれない場合は、別紙、薬局体制省令への適****合を示す書類のとおり（又は　別紙３のとおり）と記載** |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | **電話番号：０００－１１１－２２２２****メールアドレス：〇〇〇＠☓☓☓．ne.ｊｐ** |
| 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** |
| に責任を有する役員を含む。）の欠格条項申請者（法人にあつては、薬事に関する業務 | (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　 | **全員なし** |
| (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 | **全員なし** |
| (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 | **全員なし** |
| (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 | **全員なし** |
| (5) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | **全員なし** |
| (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 | **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 | 　 |

　上記により、薬局開設の許可を申請します。

　　　　　　　年　　月　　日　 　　　　　　住所　**埼玉県〇〇市☓☓一丁目２番地３**

　　　　　　　　　　　　　　 氏名　**〇〇株式会社**

（宛先）

埼玉県〇〇保健所長

 **代表取締役　〇〇　〇〇**

立入調査の日程調整等連絡を行う為に

必要なので、記載してください。

連絡先：048-000-0000

担当者：〇〇　〇〇