

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）

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 (TEL : XXX-XXXX、FAX : XXX-XXXX)		
薬局の所在地	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号		
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	〇〇〇〇、△△△		
通常の営業日及び営業時間	月～金 AM〇: 〇〇～PM〇: 〇〇 土日祝休		
相談時及び緊急時の連絡先	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇		
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の欠格条項を含む)の氏名	(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	法人申請時には「全員なし」と記入する 個人申請時には「なし」と記入する ※「〃」は不可		

上記により、薬局開設の許可を申請します。

〇〇年 〇〇月 〇〇日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社 □□薬局
代表取締役 〇〇〇〇

（あて先）浜松市保健所長

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 薬局の構造設備の概要欄にその記載事項のすべてを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 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欄にその記載事項のすべてを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要欄にその記載事項のすべてを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 6 相談時及び緊急時の連絡先欄には、原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。
- 7 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。

(添付書類等)

- 1 薬局の平面図
- 2 毒薬庫の立体図、冷暗所（冷蔵庫）の立体図
- 3 付近の見取図
- 4 登記事項証明書（申請者が法人の場合。6ヶ月以内のもの。）
- 5 組織規定図又は業務分掌表 等（法人の場合、責任を有する役員を確定すること）
- 6 薬剤師免許証（原本とコピー）
- 7 雇用証書（申請者が管理者となる場合は、勤務日数、勤務時間、自宅住所を備考欄に記入）
- 8 手数料（¥29,000）
- 9 薬局の管理者以外の薬剤師又は登録販売者についての6及び7（登録販売者の場合は、販売従事登録証）
- 10 以下の事項を記載した文書
 - ・管理薬剤師、勤務薬剤師、登録販売者の氏名、住所、登録番号、登録年月日
 - ・要指導又は一般用医薬品を販売する時間、要指導医薬品を販売する時間、第一類医薬品を販売する時間
 - ・店頭販売する医薬品の区分（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、第三類医薬品の別）
 - ・一日平均取扱処方箋数
 - ・その他の業務の種類
 - ・通信手段、医薬品の区分、営業時間、別店舗名称、HP アドレス、HP 概要、監督必要設備概要（特定販売する場合）
- 11 薬剤師法第8条の2第1項の規定による再教育の命令を受けた薬剤師である場合、再教育研修修了登録証（原本とコピー）
- 12 放射性医薬品を取り扱う薬局は、放射性医薬品の種類及び放射性医薬品を取り扱うために必要な設備の概要（厚生労働大臣が定める数量又は濃度以下の放射性医薬品を取り扱う場合を除く）

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）

（別紙）薬局開設許可申請書

○ 管理者及びその他の薬剤師又は登録販売者に関わる事項

薬 局 の 者	氏 名	浜松 一郎		
	住 所	浜松市〇区〇—△—□		
	週当たり勤務時間数	40時間		
	薬剤師名簿登録番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	薬剤師名簿登録年月日	昭和・平成・令和 〇〇年〇〇月〇〇日
そ の 他 の 薬 剤 師 又 は 登 録 販 売 者	氏 名	浜松 次郎		
	住 所	浜松市〇区〇—△—□		
	週当たり勤務時間数	40時間		
	種 別	薬 剤 師 ・ 登 録 販 売 者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 XX-〇〇-△△△△△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 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏 名	浜松 三郎		
	住 所	浜松市〇区〇—△—□		
	週当たり勤務時間数	20時間		
	種 別	薬 剤 師 ・ 登 録 販 売 者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	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 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏 名	浜松 四郎		
	住 所	浜松市〇区〇—△—□		
	週当たり勤務時間数	8時間		
	種 別	薬 剤 師 ・ 登 録 販 売 者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	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 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏 名	浜松 五郎		
住 所	浜松市〇区〇—△—□			
週当たり勤務時間数	16時間			
種 別	薬 剤 師 ・ 登 録 販 売 者			
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第〇〇〇〇〇〇〇号	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 〇〇年〇〇月〇〇日	

○ 実店舗を開店し、対面により販売・授与等を行う時間等（特定販売のみを行う時間は除く）

要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する時間	月～金 9:00～19:00
要指導医薬品を販売する時間	月～金 9:00～17:00
第1類医薬品を販売する時間	月～金 9:00～17:00
対面により販売又は授与する医薬品の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 薬局医薬品(医療用医薬品) <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品(毒薬及び劇薬を除く) <input checked="" type="checkbox"/> 要指導医薬品(スイッチ直後 OTC 薬、毒薬劇薬) (一般用医薬品) <input checked="" type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第三類医薬品
放射性医薬品の取り扱いの有無	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無
一日平均取扱処方箋数	80枚
兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品の製造販売業 <input checked="" type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 毒物及び劇物販売業 <input type="checkbox"/> 麻薬小売業 <input type="checkbox"/> その他()
備考	

「特定販売」とは？

店頭での対面販売以外による販売方法のこと。

(例：インターネット、電話、FAX、カタログ販売など)

(別紙) 薬局開設許可申請書

○ 特定販売に関わる事項 (特定販売を実施する場合のみ記載すること)

特定販売を行う医薬品の区分		<input checked="" type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第二类医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第二类医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第三類医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品(毒薬及び劇薬を除く)
特定販売に使用する通信手段		<input checked="" type="checkbox"/> インターネット <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> その他()
特定販売を行う時間		月～日 9:00～22:00
特定販売のみを行う時間の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 (月～金 19:00～22:00、土日 9:00～22:00) <input type="checkbox"/> 無
薬局の正式名称と異なる場合	広告に表示する名称	〇〇薬局 通販ショップ
特定販売のみを行う時間がある場合	特定販売を監督するために必要な設備の概要	<input checked="" type="checkbox"/> デジタルカメラ+インターネット(メール)+電話 メールアドレス:〇〇〇〇〇.jp 電話番号:〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇
インターネット販売を行う場合	主たるホームページアドレス①	http://www.〇〇〇〇〇.△△△△△.jp パスワードが必要な場合 ID:〇〇〇〇〇〇〇 パスワード:〇〇〇〇〇〇〇
	主たるホームページの構成概要① (※1)	別紙のとおり
	主たるホームページアドレス②	http://www.〇〇〇〇〇.△△△△△.jp パスワードが必要な場合 ID:〇〇〇〇〇〇〇 パスワード:〇〇〇〇〇〇〇
	主たるホームページの構成概要②	別紙のとおり
備	考	

※1 主たるホームページの構成概要について

- ・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すること。
- ・複数のホームページを開設している場合には、それら全てについて関連する書類を添付すること。
- ・カタログ等を用いて特定販売を行う場合においても、その概要が分かる資料を添付すること。