

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 管 理 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
指定濫用防止医薬品の取扱い	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
放射性医薬品の取扱いの有無	<input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> 要指導医薬品(特定要指導医薬品を除く。)
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。