

様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書

ビル名等がある場合は、具体的に記載。

薬局の名称		〇〇薬局	
薬局の所在地		松山市〇〇町〇〇丁目〇〇号 〇〇ビル〇階	
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		松山太郎、松山次郎	
通常の営業日及び営業時間		月～金 9:00～18:00	
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
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務に欠格条項を含む。)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った後、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	許可希望日〇年〇月〇日 他の薬局の無菌調剤室を共同利用します。 無菌調剤室提供薬局 許可番号：松医薬第〇〇号 許可年月日：〇年〇月〇日 名称：〇〇薬局 所在地：〇〇市〇〇町〇〇		

責任役員が複数名おり、全員該当しない場合：全員なし
責任役員が1人のみで、該当しない場合：なしと記入。

上記により、薬局開設の許可を申請します

新たに共同利用を行う場合（薬局の開設許可申請に併せて手続きする場合）

〇〇年〇月〇日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地） 松山市〇〇町〇〇番〇〇
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名） 株式会社〇〇 代表取締役 松山 太郎

日中に連絡がとれる番号を記入。

(担当者)	(連絡先)
△△△	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇