

捨印の押印を
お願いします。

捨印

様式第一(第一条関係)

薬局開設許可申請書

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番〇〇号 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)薬局開設者の業務を行う役員 の 氏名	代表取締役 松山太郎、取締役 松山三郎		
通常の営業日及び営業時間	月～金 9:00～18:00 土日休み 45時間/週		
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(法人にあつては、その業務を行う役員を含む。)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たこと	(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たこと	(全員)なし
	(3)	禁錮以上の刑に処せられたこと	(全員)なし
	(4)	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たこと	(全員)なし
備考	許可希望日: 〇〇年〇〇月〇〇日		

ビル名等がある場合は、
具体的に記載してください。

業務を行う役員が複数名おり、
全員該当しない場合: **全員なし**
業務を行う役員が1人のみで、
該当しない場合: **なし**
と記入してください。

上記により、薬局開設の許可を申請します。

年 月 日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)
氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

松山市保健所長 殿

法人の場合は、
登録された法人の代表者印
を押印してください。

印

日中に連絡がとれる番号を
記入してください。

(担当者)
〇〇 〇〇

(連絡先)
△△△-△△△△

(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全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全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全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(4)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)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つ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。