**様式第一**（第一条関係）

薬局開設許可申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL |
| 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 |  |
| 通常の営業日及び営業時間 |  |
| 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 |
| 役員を含む。）の欠格条項に関する業務に責任を有する申請者（法人にあつては、薬事に | (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 |  |
| (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 |  |
| (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 |  |
| (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、その違反行為があった日から２年を経過していない者 |  |
| (5) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 |  |
| (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って必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 |  |
| (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 |  |
| 備考 | 薬局において販売し、又は授与する医薬品の区分 | □　薬局医薬品(薬局製造販売医薬品を除く)□　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 |
| １日平均取扱処方箋枚数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　枚 |
| 兼営事業の種類 | □　医薬部外品の販売　□　化粧品の販売□　高度管理医療機器等販売業・貸与業□　管理医療機器販売業・賃貸業□　毒物劇物販売業□　麻薬小売業　　　　□　その他　□　なし |
| その他特記事項 |  |

上記により、薬局開設の許可を申請します。

令和　　年　　月　　日

住　所法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏　名法人にあっては名称及び代表者の氏名

姫路市保健所長　　様

〔連絡先〕　担当者名：　　　　　　　　電話番号：

＜記載時の留意点＞

①　薬局の名称

●　「薬局」の文字を必ずつけてください。

●　医薬品を取り扱う施設としてふさわしい名称にしてください。

②　薬局の所在地

●　住居表示のとおり記載するとともに、ビル、市場内等の場合には「〇〇ビル〇階、〇〇ビル〇号室」等詳しく記載し

てください。

③　薬局の構造設備の概要

●　「別紙のとおり」と記載し、所定の様式に必要事項を記載してください。

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」及び「医薬品の販売又は授与を行う体制の概要」

* 「別紙のとおり」と記載し、「薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令」で規定さ

れている「指針」「手順書」を別紙で添付してください。

⑤（法人にあっては）薬局開設者の業務を行う役員の氏名

●　代表取締役（代表執行役）は全ての業務の決定権があるため、必ず業務を行う役員となります。

⑥　通常の営業日及び営業時間

* 「月～金９時～１８時、土９時～１４時」のように営業日・営業時間を記載してください。営業時間とは、「実店舗の

開店時間」と「（実店舗の閉店時間に）特定販売を行う時間」を合わせた時間をいいます。

⑦　相談時及び緊急時の連絡先

●　緊急時に連絡が取れる電話番号・メールアドレス等を記載してください。

⑧　薬剤師不在時間（※）の有無

●　薬剤師不在時間（※）の有無について、該当する箇所を○で囲んでください。（※薬剤師不在時間：開店時間のうち、当該薬局において調剤に従事する薬剤師が当該薬局以外の場所においてその業務を行うため、やむを得ず、かつ、一時的に当該薬局において薬剤師が不在となる時間をいいます。医薬品医療機器等法施行規則第１条第２項第３号関係。）

⑨　特定販売（※）の実施の有無

●　特定販売（※）の実施の有無について、該当する箇所を○で囲んでください。（※特定販売：薬局以外の場所にいる者に対する医薬品の販売又は授与をいいます。医薬品医療機器等法施行規則第１条第２項第５号関係。）

⑩　健康サポート薬局（※）である旨の表示の有無

* 健康サポート薬局（※）である旨の表示の有無について、該当する箇所を○で囲んでください。（※健康サポート薬

　　 局：患者が継続して利用するために必要な機能及び個人の主体的な健康の保持増進への取り組みを積極的に支援する機能を有する薬局をいいます。医薬品医療機器等法施行規則第1条第2項第６号関係。））

⑪　申請者の欠格条項

●　(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときには「なし」（申請者が法人の場合で業務を行う役員が複数名いる場合は「全員なし」）と記載してください。当該事実があるときは、(1)(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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)欄にあってはその違反の事実及び違反した年月日を記載してください。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してください。

⑫　薬局において販売し、又は授与する医薬品の区分

●　医薬品の区分について、該当する箇所に印（☑）をつけてください。

⑬　１日平均取扱処方箋数

●　推定により見込み枚数を記載してください。

⑭　兼営事業の種類

●　兼営事業について、該当する箇所に印（☑）をつけてください。

⑮　申請年月日

●　申請書を提出する日付を記載してください。

⑯　申請者の住所、氏名

●　個人の場合は現住所、法人の場合は登記された本社の所在地を記載してください。

●　個人の場合は、個人名を記載し、法人の場合は登記された商号および代表取締役名を記載し、押印してください。

⑰　連絡先

●　担当者名及び電話番号を記載してください。