

様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書

記載例

薬局の名称	〇〇薬局		
薬局の所在地	〒780-0850 高知市丸の内〇丁目〇番〇号 〇〇ビル1階		
薬局の構造設備の概要	別紙1-1及び別紙1-2 構造設備の概要のとおり		
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2及び別紙3 業務体制の概要のとおり		
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙2及び別紙3 業務体制の概要のとおり		
(法人にあつては) 薬局開設者の業務を行う役員の名	代表取締役 桂浜子, 取締役 日曜市太郎, 土佐二郎		
通常の日及び営業時間	月火水木金 (9:00~19:00) 土 (9:00~18:00)		
相談時及び緊急時の連絡先	電話番号 088-822-〇〇〇〇		
薬剤師不在時間の有無	有	・	<input type="radio"/> 無
特定販売の実施の有無	有	・	<input type="radio"/> 無
健康サポート薬局である旨の表示の有無	有	・	<input type="radio"/> 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	兼営事業の <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ・管理医療機器 (販売業・貸与業) <input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> しない <input type="radio"/> その他 () ・特定管理医療機器を含む <input checked="" type="radio"/> 特定管理医療機器営業所管理者 (〇〇丈太郎) ・特定管理医療機器を含まない		

薬局開設者の業務を行う役員全員の氏名を記載してください。

患者さんからの相談などに対応する電話番号を記載してください。

該当するものを○で囲んでください。

無を○で囲んでください。

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してください。

該当するものを○で囲んでください。

上記により、薬局開設の許可を申請します。

令和 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) 〒780-〇〇〇〇 高知市〇〇町〇丁目〇番地〇号

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 〇〇〇〇 代表取締役 桂浜子



担当者氏名, 連絡先: 〇〇丈太郎 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

高知市保健所長 様