様式第一（第一条関係）

別紙１

薬局開設許可申請書

20211102改訂

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1) | 薬局の名称 |  |
| (2) | 薬局の所在地 | 〒　　 －　 　 　TEL:（ ） － 　FAX:（ ） － |
| (3) | 薬局の構造設備の概要 |  |
| (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 |  |
| (5) | 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要 |  |
| (6) | （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 |  |
| (7) | 通常の営業日及び営業時間 |  |
| (8) | 相談時及び緊急時の連絡先 | TEL:（ ） － 　FAX:（ ） 　－　　　Mail: |
| (9) | 薬剤師不在時間の有無 | □有　　　　□無 |
| (10) | 特定販売の実施の有無 | □有　　　　□無 |
| (11) | 健康サポート薬局である旨の表示の有無 | □有　　　　□無 |
| する役員を含む。）の欠格条項薬事に関する業務に責任を有申請者（法人にあつては、 | (12) | 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 |  |
| (13) | 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 |  |
| (14) | 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つた後、３年を経過していない者 |  |
| (15) | 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 |  |
| (16) | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 |  |
| (17) | 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 |  |
| (18) | 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 |  |

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）

　　熊本県知事　　　　　　　　　様

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 文書分類 | 006-001 許可、認可、免許、承認等の行政処分の記載に関する事項001　許可、認可、免許承認等の行政処分の記録001　許可、認可、免許承認等の記録に関する文書 | 決裁区分 | 局長 | 起案　　　　　　　年　　　月　　　日１　本申請書を進達してよろしいか。２　本申請について、次案のとおり許可証を交付してよろしいか。 |
| 保存期間 | 【特定日から】５年 |
| 健康局長（所 長） | 薬務衛生課長（次 長） | 審議員（次 長） | 薬事班長（課 長） | 監視麻薬班長（主 幹） | 起案者 | 課　　員 | 文書審査 | 公印承認 |
|  |  |  |  |  |  |  | 施行規則第2条関係別記第2号様式であるため審査不要 |  |
| 保健所受付日付印 | 保健所決裁日付印 | 保健所発送日付印 | 薬務衛生課受付日付印 | 薬務衛生課決裁日付印 | 薬務衛生課発送日付印 |
|  |  |  |  |  |  |
| 衛生総合情報システム受付番号（保健所） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 衛生総合情報システム受付番号（薬務衛生課） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 許可番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 | 許可年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

□構造設備の概要（平面図、周辺見取図）　□登記事項証明書（法人の場合）　□業務に責任を有する役員を明示した組織図　□診断書（（17）に該当するおそれがある場合）　□従事者一覧表　□使用関係を証する書類　□器具機材一覧表　□医薬品の販売・授与等の業務を行う体制に関する申告書　□特定販売の概要((10)が有の場合)　□放射線医薬品の種類や設備の概要（放射性医薬品を取扱う場合）　□免許証又は登録証等　□許可日指定願（必要時）　□許可期限変更願（必要時）□その他

**熊本県収入証紙貼付欄（29,200円分）**

**【記入上の注意】**薬局開設許可申請書

１　太線枠以外に記入してください。

２　黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、はっきりと記入してください。

３　薬局の所在地を管轄する県保健所に２部提出してください。

　※薬局の所在地が熊本市の場合は、熊本市保健所へご相談してください。

４　記入方法

(注)以下の( )内の番号は、許可申請書の各項目の番号に連動しています。

各記載事項のすべてを欄内に記入することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記入し、必要事項を記入した書類を添付してください。

(３) 薬局の構造設備の概要が分かる平面図等を添付してください。

※調剤室、調剤台、試験台、鍵のかかる貯蔵設備（毒薬保管庫）、冷暗貯蔵のための設備、麻薬保管庫、医薬用外毒物劇物保管庫、医薬品用陳列ケース又は棚、兼営事業用その他の陳列ケース又は棚等の位置及び換気扇、給排水設備、ガス又は電熱器、壁、ドア、開戸等構造設備のうち図示できるものは必ず記入してください。なお、デパート、スーパーマーケット等の大型店舗内に開設する場合、大型店舗内の位置図を添付してください。

(４)及び（５） 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なう体制の概要については「医薬品の販売・授与等の業務を行う体制に関する申告書」を用いることができます。

※申請する薬局に勤務する薬剤師又は登録販売者については、別紙従事者一覧に記入してください。管理者の要件を満たしていない登録販売者の場合は、氏名の横に「（研修中）」の記載をしてください。　例）熊本　太郎（研修中）

(６) 業務に責任を有する役員の氏名を記入し、業務に責任を有する役員を明示した組織図等を添付すること。

(７) 薬局の通常の営業日、営業時間及び週当たりの営業時間を記入してください。

　　　例）月～金：９時～19時、土：９時～１２時　　週当たり５３時間

(８) 相談時及び緊急時の連絡先とする電話番号、ＦＡＸ及びメールアドレスを記入してください。

(９) 薬剤師不在時間の有無について該当する□内に、✔印を記入してください。

(10) 特定販売の実施の有無について該当する□内に、✔印を記入してください。

(11) 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□内に、✔印を記入してください。

(12)から(18)　当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実がある場合は(12)から(13)欄にあってはその理由及び年月日を、(14)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、又は受けることがなくなった場合はその年月日を、(15)欄についてはその違反の事実及び違反した年月日を、また、(17)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係る医師の診断書を添付してください。