様式第五の五（一）（第十条の九関係）

別紙15

地域連携薬局認定更新申請書

20211102改訂

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (1) | 許可番号及び年月日 | 第　 　　　　 号 ・　 　 　　年　 　月　 　日 |
| (2) | 認定番号及び年月日 | 第　 　　　　 号 ・　 　 　　年　 　月　 　日 |
| (3) | 薬局の名称 |  |
| (4) | 薬局の所在地 | 〒　　 －　 　 　TEL:（ ） － 　FAX:（ ） －  |
| (5) | 利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要 | 　 |
| (6) | 利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制の概要 | 　 |
| (7) | 地域の患者に対し安定的に薬剤を供給するための体制の概要 | 　 |
| (8) | 居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を行う体制の概要 | 　 |
|  | (9) | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| 　変更事項 |  | 　 |
| (10) | （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 | 　 |
| 務に責任を有する役員を含む。）の欠格事由申請者（法人にあつては、薬事に関する業 | (11) | 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 |  |
| (12) | 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 |  |
| (13) | 法第75条第４項又は第５項の規定によりその受けた認定を取り消され、その取消しの日から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、地域連携薬局の認定の更新を申請します。

　　　　　　　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）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 課長 | 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 |
| 薬務衛生課長（所 長） | 審議員（次 長） | （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10条の4関係別記第5の4(1)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） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 認定番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　　号 | 認定年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

　　熊本県知事　　　様

**熊本県収入証紙貼付欄（11,000円分）**

**【記入上の注意】**地域連携薬局認定更新申請書

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　地域連携薬局の認定更新申請において、薬局の所在地が熊本市の場合は、熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課に１部提出してください。薬局の所在地が熊本市以外の場合は、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。

４　記入方法

(注)以下の( )内の番号は、認定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載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。

(５) 利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要が分かる図面、写真を添付してください。

(６) 利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制の概要を記入してください。

(７) 地域の患者に対し安定的に薬剤を供給するための体制の概要を記入してください。

(８) 居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を行う体制の概要を記入してください。

(９) 第16条の３第１項第１号に掲げる事項について変更のあつた日から30日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあつた事項について、変更内容欄に記載すること。

(10) 業務に責任を有する役員ついて、記入してください。記入することができない場合は、業務に責任を有する役員を明示した組織図を添付すること。

(11)から(15)　 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(11)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すること。