

薬局開設許可申請書

薬局の名称	薩摩薬局			
薬局の所在地	鹿児島市山下町11番1号			
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	島〇 斉〇、小〇 帯〇			
通常の営業日及び営業時間	月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00			
相談時及び緊急時の連絡先	099-258-2321			
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	
中に請責者責任を有する法人にあつては、役員を含む。薬事に関する欠格業務項	(1)	法第75条第1項3年を経過して	有の場合は「別紙5」を添付してください。	全員なし
	(2)	法第75条の2第3年を経過していない者	を取り消され、取消の日から	全員なし
	(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		全員なし
	(4)	法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法、薬事に関する法令で政令で定めるもの違反行為があつた日から2年	法人で、業務を行う役員が一人の場合は「なし」、	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤	複数の場合は「全員なし」と記載してください。	全員なし
	(6)	精神の機能の障害により薬局業務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		全員なし
	(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		全員なし
備考				

有の場合は「別紙6 薬剤師不在時の対応」を添付してください。

有の場合は「別紙4 特定販売を行う体制の概要」を添付してください。

有の場合は「別紙5」を添付してください。

法人で、業務を行う役員が一人の場合は「なし」、複数の場合は「全員なし」と記載してください。

上記により、薬局開設の許可を申請します。

令和3年 8月 1日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

〒890-1234  
鹿児島市鴨池二丁目25番1号

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社薩摩  
代表取締役 島〇 斉〇  
連絡先 (099) 123-4567

鹿児島市保健所長 殿

(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(7)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。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すること。