

様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書

薬局の名称		〇〇薬局 ××店	
薬局の所在地		〒×××-×××〇 小樽市〇〇△丁目△番×号 〇〇ビル〇〇階 TEL〇〇-××××FAX〇〇-△△△△	
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名		代表取締役 〇〇 ×× 取締役 〇〇 △△ 取締役 〇〇 ◇◇	
通常の営業日及び営業時間		別紙のとおり	
相談時及び緊急時の連絡先		0134-〇〇-××××	
薬剤師不在時間の有無		有 ・ <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
特定販売の実施の有無		<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 <input type="radio"/>	
健康サポート薬局である旨の表示の有無		有 ・ <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>	
申請者(法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)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、取消しの日から3年を経過していない者	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、取消しの日から3年を経過していない者	全員なし
	(3)	拘禁刑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	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(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	<p>○ 当該薬局において管理医療機器の販売業・貸与業を (併せ行う ・ 行わない)</p> <p>(1) 取扱品目 (補聴器) 電気治療器、プログラム (管理)、家庭用、検体、管理)</p> <p>(2) 管理医療機器販売業・貸与業の管理者の氏名及び住所 ア 薬局管理者に同じ イ 薬局管理者以外の者 氏名； 住所； 資格；</p>		

・ (3) 該当する事実がある場合は、その内容を詳細に記載
・ (6) に該当者がいる場合は診断書の添付が必要

管理医療機器の取扱いについて
該当するところに○をつける。

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 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〇〇市××区△△□丁目△番□号

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

小樽市保健所長 様
連絡先： 電話 担当者