　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬１－１号

様式第一

　　薬局開設許可申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 薬局の名称 | |  | |
| 薬局の所在地 | | 〒  (TEL ) | |
| 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 | |
| （法人にあっては）  薬事に関する業務に  責任を有する役員の氏名 | |  | |
| 通常の営業日及び営業時間 | |  | |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | |  | |
| 薬剤師不在時間の有無 | | 有　　　・　　　無 | |
| 特定販売の実施の有無 | | 有（詳細は別紙のとおり）　　　・　　　無 | |
| 健康サポート薬局で  ある旨の表示の有無 | | 有　　　・　　　無 | |
| 申請者（法人にあっては、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 | |  |
| (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 | |  |
| (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 | |  |
| (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、その違反行為があった日から２年を経過していない者 | |  |
| (5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者 | |  |
| (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って必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者 | |  |
| (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 | |  |
| 備　　　　考 | | １　省略する添付書類：  ２　省略の理由：下記により提出済のため。  （申請、届出の種類）　　　　　　　　（許可番号）  （店舗名称）  （提出年月日）　　　　　　　　　　　（提出保健所名） | |

　 上記により、薬局開設の許可を申請します。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　住　所

(法人にあっては、

主たる事務所の所在地)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（ＴＥＬ　　　　　　　　　　　）

ふりがな

　　　　　　　　　　　氏　名

（法人にあっては、

名称及び代表者の氏名）

【連絡先：　　　　　　　　　　　　担当者名：　　　　　　　　　　】

　福岡市　　　　保健所長　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請手数料領収済  　 年　 　月　 　日  　　　　　　　　円  　　　　　　　　印 | コード番号  （　　　　　　　）  領収番号  （　　　　　　　） | 許可証  年　 月　 日　　交付 | 受領印 |

※薬局の平面図を記載（貼付）すること。　　　　　　　　　　　　　　　　【申請書別紙：構造設備】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬局の総面積 |  | m2 | 無菌調剤室の有無 | | 有 ・ 無 |
| うち調剤室面積 |  | m2 | 無菌調剤室を共同利用させるときはその薬局名称 | |  |
| うち待合室面積 |  | m2 | 他の薬局の無菌調剤室を共同利用する場合の提供薬局 | | |
| うち医薬品売場面積 |  | m2 | 薬局名称 |  | |
| うち医薬品倉庫面積 |  | m2 | 許可番号 |  | |
| 情報提供場所の数 |  | カ所 | 所在地 |  | |
| うち要指導医薬品及び  第一類医薬品用 |  | カ所 |