

※ウェブ事前登録式コンビニ決済を利用した場合	
申請用番号	SG - -

薬局開設許可申請書

フリガナ 薬局の名称		
薬局の所在地		〒
		TEL: ( ) FAX: ( ) e-mail: @
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		
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 ・ 無
健康サポート薬局である旨の表示の有無		有 ・ 無
申請者 (法人にあつては、 に責任を有する役員を含む。) の欠格条項 に関する業務	(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)	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つた後、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、その違反行為があつた日から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
	(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	・新規・移転・相続・合併・組織変更・業態変更・その他 ( ) ・保険薬局指定申請 (予定) : 有・無	

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、名称および代表者の氏名)

(あて先)

滋賀県

保健所長

担当者名 :

連絡先 :

(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)欄及び(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。

## 構 造 設 備 の 概 要

薬局の 名 称		薬局の 所在地	
全体構造	全体の面積	m <sup>2</sup>	
	建物の構造	木造・鉄筋・モルタル・( ) 造り _____ 階建ての _____ 階	
店  舗	面積(内寸) A = B + C	A	調剤室・試験室・医薬品販売場所の面積 B m <sup>2</sup>
		m <sup>2</sup>	医薬品等以外のものを取り扱う面積 C m <sup>2</sup>
	床面の材質	コンクリート、モルタル、板張り、タイル ( )	
	天井の材質	コンクリート、モルタル、板張り、石膏ボード ( )	
	換 気	空 調 設 備 ・ 換 気 扇	
	店舗の平面図	別紙のとおり (情報提供場所 _____ カ所 (図面に明示))	
	要指導医薬品等 陳 列 設 備	鍵付き陳列設備・直接手に触れない陳列設備 ( )	
	指定濫用防止医 薬品 (第二類、第 三類) 陳列設備	鍵付き陳列設備・直接手に触れない陳列設備 ( ) ・ 7 m以内に資格者を継続的に配置	
	販 売 時 間 外 閉 鎖 設 備	設備の概要 ( )	
調剤室  (試験室)	面積(内寸)	m <sup>2</sup>	
	床面の材質	コンクリート、モルタル、板張り、タイル ( )	
	天井の材質	コンクリート、モルタル、板張り、石膏ボード ( )	
	換 気	空 調 設 備 ・ 換 気 扇	
	調剤室の平面図	別紙のとおり	
無菌調剤室	有 (無菌調剤室平面図: 別紙のとおり)、 無		
他の薬局の無菌調剤室の利用	有 、 無  無菌調剤室提供薬局の名称: 許可番号: 所在地: 無菌調剤室平面図: 別紙図面のとおり		
冷暗貯蔵設備	種類(用量)	電気冷蔵庫・ガス冷蔵庫 ( _____ リットル)	
鍵のかかる貯蔵設備	材質(寸法)	木 製・スチール製 (縦 _____ cm × 横 _____ cm × 高さ _____ cm)	
倉 庫	医薬品保管倉庫面積	m <sup>2</sup> (分置倉庫の面積を含む) (分置倉庫までの距離 _____ m その面積 _____ m <sup>2</sup> )	
	医薬品保管倉庫平面図	別紙図面のとおり	
試験検査設備 (薬局製造販売医薬品の 製造業)	(1) 自ら店舗に備える (2) 自社の他店舗の試験検査設備を利用 (3) 厚生労働大臣の指定した試験検査設備を利用		

# 診 断 書

氏名： 男 ・ 女

生年月日： 年 月 日生 ( 歳)

上記の者について、次のとおり診断します。

精神の機能の障害 (□にチェックしてください。)

- 明らかに該当しない
- 専門家による判断が必要

診 断 名	
現在受けている治療の内容	
現在の状況 (具体的に)	

\*記載できない場合、別紙を添付してください。

診断年月日： 年 月 日

医療機関等の名称：

医療機関等の所在地：

医療機関等の TEL： ( )

医師の氏名：

# 使用関係証書

1 被使用者

住所

氏名

生年月日 年 月 日生

2 勤務場所

名称

所在地

3 業 務

4 勤 務 日 週 日 ( 曜日から 曜日まで)

5 勤 務 時 間 午前 時 分から午後 時 分まで  
(週あたりの勤務時間数 時間)

上記のとおり使用関係にあることを証明します。

年 月 日

住所\_\_\_\_\_

使用 者

氏名\_\_\_\_\_

(記載上の注意)

勤務日および勤務時間は、1週間に勤務する通常の曜日および勤務時間を記載すること。