

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
薬 局 の 所 在 地	山形市城南町一丁目1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	〇〇 〇〇、△△ △△
通常の営業日及び営業時間	月～金 9：00～18：00 土日祝日休み
相談時及び緊急時の連絡先	電話番号：023-〇〇〇-・・・ その他連絡先：090-〇〇〇〇-・・・
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

該当する箇所に○をつける。

申に責任を有する役員（法人にあつては、薬事に関する業務の欠格条項）	(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つた後、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

欠格条項に該当
無い場合は「なし」と記載。
法人で責任役員
が複数の場合は、「全員なし」と記載。

備 考	・ 許可希望日 年 月 日	(6)に該当するおそれがある場合、該当者に係る医師の診断書を添付してください。
-----	---------------	---

上記により、薬局開設の許可を申請します。

希望日が有れば記載してください。

年 月 日

提出日を記載してください。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

山形市城南町一丁目1番1号

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

個人：個人の住所及び氏名

法人：登記された所在地・名称・代表者氏名

（あて先）山形市保健所長

連絡（担当）者名：やまがた べに 連絡先 TEL：080-〇〇〇〇-××××

ご担当者の氏名と連絡先を記載してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 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)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)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)欄にあっ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。