

【記入例】

捨印を押印

捨印

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	名称には「薬局」の文字をつける
薬局の所在地	〒000-000 TEL(000)000-0000 FAX(000) 000-0000 熊本市〇区〇〇△丁目△番△号 〇〇ビル1階	ビル名も記載
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なう体制の概要	別紙のとおり	
(法人にあっては) 薬局開設者の業務を行う役員の氏名	□□ □□、〇〇 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	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
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
その申請者の業務を行う役員を含まない者(法人にあっては、)	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	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たこと	全員なし
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし
	(4) 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たこと	全員なし
	(5) 後見開始の審判を受けていること	全員なし
備考	登記事項証明書は△年△月△日に××薬局の開設許可申請の添付書類として提出したため省略	

当該事実がないときには「なし」(申請者が法人の場合で役員が複数名いる場合は「全員なし」と記載)

上記により、薬局開設の許可を申請します。

〇年〇月〇日

提出日を記載

添付書類を省略する場合は記載

申請者の氏名・住所
法人の場合は、
登記上の氏名・住所

住所

法人にあっては、主たる事務所所在地

TEL(000)000-0000
FAX(000)000-0000
〒000-0000

〇〇市〇区〇〇△丁目△番△号

氏名

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

株式会社 ▽▽
代表取締役 □□ □□

印

熊本市保健所長 様

法人の場合法人印、
個人の場合個人印

所長	課長	副課長	主査	課員	起案 年 月 日 この申請について、許可証を交付してよろしいか。 許可年月日 年 月 日 許可番号 第 号
受領印	受付印	決裁印			
手数料 29,200円					

- 平面図 □周辺見取り図 □別紙 □従事者表 □営業日・営業時間表 □登記事項証明書 □組織図 □診断書等
- 使用関係を証する書類 □設備器具一覧表 □販売業務体制に関する申告書 □特定販売の概要
- 薬局の独立性に関する申告書 □放射線医薬品の種類や設備の概要 □免許証又は登録証の確認 (原本持参のこと)

【記入例】

別紙（薬局）

薬局名： 〇〇 薬局

1 販売・授与する医薬品の区分

- 薬局医薬品（薬局製造販売医薬品を除く）
- 薬局製造販売医薬品
- 要指導医薬品
- 第1類医薬品
- 指定第2類医薬品
- 第2類医薬品（指定第2類医薬品を除く）
- 第3類医薬品
- なし

2 一日平均取扱処方箋枚数 （ 40 枚）

見込み枚数を記載

3 兼営事業の種類

- 店舗販売業
- 卸売販売業
- 配置販売業
- 毒物劇物販売業
- 薬局製造販売医薬品製造販売業・製造業
- 管理医療機器等販売業・賃貸業（届）
- 高度管理医療機器等販売業・賃貸業（許可）
- 麻薬小売業
- 麻薬卸売業
- 化粧品販売
- 食品・雑貨販売
- なし
- その他（ ）

4 冷暗貯蔵のための設備 あり なし
鍵のかかる貯蔵設備 あり なし

5 情報提供を行う場所の数 （ 1 ヶ所）

そのうち、要指導医薬品又は第1類医薬品の情報提供を行う場所の数（要指導医薬品又は第1類医薬品を取り扱う場合） （ 1 ヶ所）

（注意）

- 1 該当する項目の□に✓を記入すること。

【記入例】
従 事 者 表

○ 年 ○ 月 ○ 日

薬局又は店舗の名称		○○ 薬局			
管理者	氏 名	くまもと たろう 熊本 太郎			S○年○月○日生
	住 所	〒000-0000 熊本市○区○○△丁目△番△号			
	週当たり勤務時間数	40時間			免許証等照合欄
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 000000 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	H○年○月○日	
登録 その他の 販売者 又は 薬剤師	氏 名	ひご はなこ 肥後 花子			S□年□月□日生
	住 所	〒000-0000 熊本市□区□□丁目□番□号			
	週当たり勤務時間数	25.5時間			免許証等照合欄
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 000000 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	S□年□月□日	
登録 その他の 販売者 又は 薬剤師	氏 名	ほけんじょ いちろう 保健所 一郎			H△年△月△日生
	住 所	〒000-0000 熊本市△区△△○丁目○番○号			
	週当たり勤務時間数	40時間			免許証等照合欄
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 00-00-0000 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	H△年△月△日	
登録 その他の 販売者 又は 薬剤師	氏 名				年 月 日生
	住 所	〒 -			
	週当たり勤務時間数				免許証等照合欄
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日	
登録 その他の 販売者 又は 薬剤師	氏 名				年 月 日生
	住 所	〒 -			
	週当たり勤務時間数				免許証等照合欄
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者			
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日	

【記入例】

営業日・営業時間表

〇〇年 〇月 〇日

薬局又は店舗の名称： 〇〇 薬局

○薬局又は店舗の開店時間

日：	時	分	～	時	分	、	時	分	～	時	分
月：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
火：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
水：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
木：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
金：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
土：	9時	00分	～	13時	00分	、	時	分	～	時	分

1週間の合計時間： 44時間

○要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する開店時間

日：	時	分	～	時	分	、	時	分	～	時	分
月：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
火：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
水：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
木：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
金：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
土：	9時	00分	～	13時	00分	、	時	分	～	時	分

1週間の合計時間： 44時間

○第1類医薬品・要指導医薬品を販売する開店時間（※第1類医薬品又は要指導医薬品を販売する場合）

日：	時	分	～	時	分	、	時	分	～	時	分
月：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
火：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
水：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
木：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
金：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
土：	9時	00分	～	13時	00分	、	時	分	～	時	分

1週間の合計時間： 44時間

○特定販売を行う営業時間（※特定販売を行う場合）

日：	時	分	～	時	分	、	時	分	～	時	分
月：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
火：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
水：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
木：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
金：	9時	00分	～	13時	00分	、	14時	00分	～	18時	00分
土：	9時	00分	～	13時	00分	、	時	分	～	時	分

1週間の合計時間： 44時間

○休日


【記入例】

組織図例示1

```
graph TD; A[代表取締役  
□□ □□] --- B[取締役  
○○ ○○]; A --- C[取締役  
△△ △△]; A --- D[取締役  
×× ××];
```

薬事に関する業務を行う役員は 内の者です。

○年○月○日

住所 熊本市○区○○△丁目△番△号
氏名 株式会社 ▼▼ 
代表取締役 □□ □□

組織図例示2

代表取締役 □□ □□


取締役 △△ △△

取締役 ○○ ○○

取締役 ×× ××

薬事に関する業務を行う役員は 内の者です。

○年○月○日

住所 熊本市○区○○△丁目△番△号
氏名 株式会社 ▼▼ 
代表取締役 □□ □□

【記入例】

診 断 書

氏 名	□□ □□	性別	女
生年月日	大正・昭和・平成 △△年 1月 1日	年齢	▽▽歳

上記の者について、下記のとおり診断します。

1 精神機能

精神機能の障害

明らかに該当なし 専門家による判断が必要（注1）

※専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）

・ 診断名
・ 治療内容、現状等

2 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒

なし あり

1ヶ月以内

診断年月日	○年 ○月 ○日	※詳細については別紙も可
-------	----------	--------------

医 師	病院、診療所又は介護老人保健施設等の名称	○ ○ ○ クリニック
	所在地	〒000-000 ○○市○区○○△丁目△番△号 TEL(000)000-0000
	氏 名	△ △ △ △ 

診断医師の印鑑は、自署の場合は省略可。

【記入例】

疎明書

私は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第5条第3号ホに規定する麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者及び同法第5条第3号へに規定する精神の機能の障害により欠格事由に該当する者ではありません。

○年 ○月 ○日

住 所 ○○市○区○○△丁目△番△号

氏 名 ○○ ○○ 

生年月日 ○○年 ○月 ○日

熊本市保健所長 様

すべての薬剤師、登録販売者について必要です。

捨印

捨印

使用関係証書

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

記

- 勤務場所の名称 **〇〇 薬局**
所在地 **熊本市〇区〇〇△丁目△番△号 〇〇ビル1階**
- 勤務時間 **9時00分 から 18時00分まで**
(週あたり勤務時間数: **40** 時間)
- 休日 **土曜日・日曜日・祝日**
- 給料 **月 350,000** 円
- 管理者である場合、上記勤務場所以外の場所において、薬事に関する実務に従事しないこと。

〇年 〇月 〇日

使用者

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

〇〇市〇区〇〇△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 ▼▼

代表取締役 □□ □□



法人の場合法人印、
個人の場合個人印

被用者 (管理者 その他の資格者)

住所 **熊本市〇区〇〇△丁目△番△号**

(ふりがな)
氏名

**くまもと たろう
熊本 太郎**



個人印

薬剤師・登録販売者・その他 (

※シャチハタは
印鑑ではありません

登録番号: **〇〇〇〇〇〇**

登録年月日: **H〇年〇月〇日**

生年月日: **S〇年〇月〇日**

熊本市保健所長 様

設 備 器 具 一 覧 表

番号	品 名	個数	番号	品 名	個数
1	液量器	1	19	顕微鏡、ルーペ 又は粉末X線回折測定器	
2	温度計（100℃）	1			
3	水浴	1	20	試験検査台	
4	調剤台	1	21	デシケーター	
5	軟膏板	1	22	比重計 又は振動式密度計	
6	乳鉢（散剤用のもの）及び乳棒	1			
7	はかり（感量10mg）	1	23	ブンゼンバーナー 又はアルコールランプ	
8	はかり（感量100mg）	1			
9	ビーカー	1	24	融点測定器	
10	ふるい器	1	25	はかり（感量1mgのもの）	
11	へら（金属製）	1	26	薄層クロマトグラフ装置	
12	へら（角製）	1	27	pH計	
13	メスピペット	1	28	崩壊度試験器	
14	メスフラスコ又はメスシリンダー	1	29	試験検査に必要な書籍 （1）薬局製剤に関するもの ア 薬局製剤業務指針 イ その他	
15	薬匙（金属製）	1			
16	薬匙（角製）	1			
17	ロート	1			
18	<p>調剤に必要な書籍</p> <p>（1）薬局方及びその解説に関するもの</p> <p>ア 日本薬局方</p> <p>イ 日本薬局方注解</p> <p>ウ その他</p> <p>（2）薬事関係法規に関するもの</p> <p>ア 薬事衛生六法</p> <p>イ 衛生行政六法</p> <p>ウ その他</p> <p>（3）調剤技術等に関するもの</p> <p>ア 調剤指針</p> <p>イ 調剤業務指針</p> <p>ウ その他</p> <p>（4）当該薬局で取扱う医薬品の添付文書に関するもの</p> <p>ア 取扱い医薬品添付文書集</p> <p>イ その他</p>			<p>※1～17については、同等以上の性質を有する設備器具を認める。</p> <p>※19～29については、薬局医薬品製造業を行う場合に備えること。</p> <p>※25～28については試験検査器具利用契約をする場合は設置を要しない。</p> <p>※18及び29の書籍については、磁気ディスク（これに準ずる方法により一定の事項を確実に記録しておくことができるものを含む。）をもって調整するものを含む。</p>	

医薬品等の販売・授与の業務を行う体制に関する申告書（薬局）

薬局の名称： 〇〇 薬局

〇〇年 〇月 〇日

1 業務を行う体制について

① 業務を行う体制について

- 薬局管理者は、常勤である。
- 薬局の開店時間内は、常時、薬剤師が勤務する。
- やむを得ず、薬剤師が不在となる場合、業務体制を整えている。
(調剤室閉鎖、薬局内外掲示、連絡体制、手順書作成等)
- 薬剤師の実員数 \geq (一日平均取扱処方箋数 \div 40) (端数は繰上げ) である。
- 医薬品等の購入者等から相談があった場合に、情報の提供又は指導を行う体制を備えている。
 営業時間外についても備えている

② 医療の安全確保、医薬品の適正管理のための必要な措置について

- 医薬品安全使用責任者を設置する。
- 指針を策定する。
- 従事者に対する研修を実施する。
- 従事者から薬局開設者への事故報告の体制を整備する。
- 業務に関する手順書を作成し、手順書に基づき業務を実施する。
- 情報の収集、その他業務に係る適正管理の確保を目的とした改善のための方策を実施する。

2 従事者の区別について

① 薬剤師、登録販売者、一般従事者の区別を次の方法で行う。

- 名札 (氏名と資格を記載) 名札及び衣服等による区別
- その他 ()

3 要指導医薬品又は一般用医薬品の販売方法について

① 要指導医薬品又は一般用医薬品について

- 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売しない開店時間は、陳列場所を閉鎖する。
その方法 ()

- 薬局の開店時間内に、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売しない時間帯はない。

② 要指導医薬品又は第1類医薬品について

- 要指導医薬品又は第1類医薬品陳列区画の内部の陳列設備に陳列する。
- 鍵をかけた陳列設備に陳列する。 直接手の触れられない設備に陳列する。
- 要指導医薬品又は第1類医薬品を販売しない開店時間は、その陳列区画を閉鎖する。
その方法 ()

- 要指導医薬品又は第1類医薬品の情報提供は、薬剤師が情報提供を行う場所において書面を用いて対面で行う。

③ 指定第2類医薬品について

- 情報を提供するための設備から7メートル以内の範囲に陳列する。
- 鍵をかけた陳列設備に陳列する。
- 1.2メートル以内の範囲に進入できない措置をとる。
- 禁忌の確認や専門家への相談を促す掲示・表示を行うとともに、購入者にその内容が適切に伝わる取組を行う。

④ 第2類医薬品 (指定第2類医薬品を含む) 又は第3類医薬品について

- 第2類医薬品又は第3類医薬品の情報提供は、薬剤師又は登録販売者が情報提供を行う場所において行う。

5 プライバシーの配慮

- 薬局内に相談室を設置する。 医薬品の交付場所 (投薬カウンター) に仕切りを設置する。
- その他 ()

6 情報 (法令の改正、緊急医薬品情報等) の入手手段について

- 県、関係団体等から入手 関係団体広報誌又は業界新聞、雑誌等
- 各種研修会等に出席 インターネットを利用 その他 ()

薬局の独立性に関する申告書

- 1 経済的独立（経営主体が特定の医療機関と実質的に独立しているか）
- ① 特定の医療機関又はその関係者、役員等から資本の提供を受けていますか。
 - 1 受けている（受ける予定がある）
 - 2 受けていない（受ける予定はない）
 - ② 特定の医療機関又はその関係者、役員等から土地・建物の提供を受けていますか。
 - 1 受けている（受ける予定がある）
 - 2 受けていない（受ける予定はない）
 - ③ 特定の医療機関又はその関係者、役員等との間に土地・建物を賃貸借していますか。
 - 1 受けている（受ける予定がある）
 - 2 受けていない（受ける予定はない）
 - ④ 特定の医療機関と経理を連結していますか、又は連結する予定がありますか。
 - 1 連結している（連結する予定がある）
 - 2 連結していない（連結する予定はない）
 - ⑤ 特定の医療機関に対し処方せんの見返りに、方法のいかんを問わず、金銭、物品、便益、労務、供給、その他経済上の利益の提供を行っていますか。
 - 1 行っている（行う予定がある）
 - 2 行っていない（行う予定はない）
- 2 機能的独立（受付窓口、職員の勤務体制、医薬品の管理等は特定の医療機関と実質的に独立しているか）
- ① 薬局の開設者、役員は、近隣の特定の医療機関の開設者、役員となっていますか。
 - 1 なっている（なる予定がある）
 - 2 なっていない（なる予定はない）
 - ② 薬局の従業員の中に、近隣の特定の医療機関との間に雇用関係のある者又はあった者が含まれていますか又、含む予定がありますか。
 - 1 含まれている（含む予定がある）
 - 2 含まれていない（含む予定はない）
 - ③ 薬局の開設者、役員は、近隣の特定の医療機関の開設者、役員との間に生計を一つにする親族に該当する者がいますか。
 - 1 いる
 - 2 いない
 - ④ 薬局の受付窓口は、特定の医療機関の受付窓口と同一ですか。
 - 1 同一である
 - 2 同一でない
 - ⑤ 薬局で使う医薬品は、特定の医療機関と共用していますか。
 - 1 いる
 - 2 いない
- 3 構造的独立（特定の医療機関と構造的に独立しているか）
- ① 薬局と特定の医療機関が構造的に分離していますか。
 - 1 していない
 - 2 している
 - ② 特定の医療機関から薬局に患者を誘導するための設備がありますか。
 - 1 ある
 - 2 ない
 - ③ 薬局の入り口は公道に面していますか。
 - 1 面していない
 - 2 面している
 - ④ 薬局は、医療機関と同一の敷地ですか。
 - 1 同一の敷地である
 - 2 同一の敷地ではない
 - ⑤ 薬局は、医療機関と同一の建物ですか。
 - 1 同一の建物である（イ 医療機関内 ロ 雑居ビル内）
 - 2 同一の建物ではない
 - ⑥ 薬局の設備で、医療機関と共用しているものがありますか。
 - 1 ある
 - 2 ない

上記のとおり相違ありません。

薬局所在地 熊本市〇区〇〇△丁目△番△号
〇〇ビル1階

薬局名称 〇〇 薬局

住所 熊本市〇区〇〇△丁目△番△号
（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

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

法人の場合法人印、
個人の場合個人印

