

様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書

<small>ふりがな</small> 薬局の名称		
薬局の所在地	〒 - TEL () - FAX () -	
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	
（法人にあつては）薬局開設者 の業務を行う役員の氏名		
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		
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（法人にあつては、 その業務を行う役員を含む） 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たこと
	(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
	(3)	禁錮以上の刑に処せられたこと
	(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
	(5)	後見開始の審判を受けていること
備考		

上記により、薬局開設の許可を申請します。

平成 年 月 日

住所 法人にあつては、主たる事務所所在地 TEL () - FAX () -
〒 -

氏名 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 印

熊本市保健所長 様

所長	課長	副課長	主査	課員	起案 平成 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 平成 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）

(注意)

- 1 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。
- 2 申請者の欠格条項の(1)欄から(5)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っ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、(5)欄にあっては「ある」と記載すること。
- 3 保健所の受付印が必要な場合は写しを別途準備すること。