

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) 薬事に関する業務に責任を有する役員の名	□□ □□、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	
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	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った後、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、その違反行為があった日から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	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
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

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、主たる事務所の所在地)

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 □□ □□

添付書類を省略する場合は記載

熊本市保健所長 様

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 □別紙 □従事者表 □営業日・営業時間表 □登記事項証明書（法人である場合） □診断書（(6)該当時）
- 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
- 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（原則原本持参※開設者の原本証明記載のある写し可）

## 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
- 指定濫用防止医薬品

### 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 冷蔵貯蔵のための設備 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。

# 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			SO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 販売者 その 他の 薬剤 師 又 は	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 販売者 その 他の 薬剤 師 又 は	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 販売者 その 他の 薬剤 師 又 は	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 販売者 その 他の 薬剤 師 又 は	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	

## 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	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
火：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
水：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
木：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
金：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
土：	9	00	分	～	11	30	分	、				～			

1 週間の合計時間： 40 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	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
火：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
水：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
木：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
金：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
土：	9	00	分	～	11	30	分	、				～			

1 週間の合計時間： 40 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	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
火：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
水：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
木：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
金：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
土：	9	00	分	～	11	30	分	、				～			

1 週間の合計時間： 40 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	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
火：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
水：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
木：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
金：	9	00	分	～	13	00	分	、	14	00	分	～	17	30	分
土：	9	00	分	～	11	30	分	、				～			

1 週間の合計時間： 40 時間

○ 休 日

欠格条項「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」に該当するおそれがある場合に提出してください。

## 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。			
<b>1 精神機能</b>			
精神機能の障害			
<input checked="" type="checkbox"/> 明らかに該当なし <input type="checkbox"/> 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 〕			
<b>2 麻薬、大麻、あへん又は覚せい剤の中毒</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
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	△ △ △ △	

すべての薬剤師、登録販売者について必要です。

## 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 □□ □□**

#### 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) **くまもと たろう**  
氏名 **熊本 太郎**

**薬剤師**・登録販売者・その他 ( )

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	ピーカー	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	調剤に必要な書籍 （1）薬局方及びその解説に関するもの ア 日本薬局方 イ 日本薬局方注解 ウ その他 （2）薬事関係法規に関するもの ア 薬事衛生六法 イ 衛生行政六法 ウ その他 （3）調剤技術等に関するもの ア 調剤指針 イ 調剤業務指針 ウ その他 （4）当該薬局で取扱う医薬品の 添付文書に関するもの ア 取扱い医薬品添付文書集 イ その他		<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。
- 薬剤師不在時間の届出をしている場合、薬剤師が不在となる場合の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 / 40) (端数は繰上げ) である。
- 医薬品等の購入者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。
- 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。

- ④ 指定濫用防止医薬品（第2類医薬品または第3類医薬品に限る）について
- 薬剤師又は登録販売者を継続的に配置した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。
  - 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 上記以外の第2類医薬品又は第3類医薬品について
- 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（ ）

## 特定販売の概要（薬局）

薬局名：○○ 薬局

特定販売を行う際に使用する通信手段	<input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> ダイレクトメール <input type="checkbox"/> 折込チラシ <input type="checkbox"/> 雑誌広告 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> アプリケーションソフト <input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> その他（ ）
特定販売を行う医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 要指導医薬品（特定要指導医薬品を除く。） <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品（毒薬及び劇薬であるものを除く。） <input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第二类医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第二类医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第三類医薬品 <input type="checkbox"/> （ <input type="checkbox"/> 指定濫用防止医薬品）
要指導医薬品（特定要指導医薬品を除く。）又は指定濫用防止医薬品の特定販売を行う際に使用する映像及び音声の送受信により相手の状態を相互に認識しながら通話をするのが可能な方法	<input type="checkbox"/> ビデオ通話（汎用ソフトウェア・アプリケーションを用いるもの） ソフトウェア・アプリケーション名：_____
特定販売の広告に薬局の名称と異なる名称を表示 *複数ある場合は全て記載	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は、その名称を記載してください。
主たるホームページアドレス *複数ある場合は全て記載 *ホームページの構成の概要を示した書類を添付する	<u>https://○○○○○○○○○○○○</u> パスワード <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 （ID パスワード ）
特定販売のみを行う時間	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は、適切な監督に必要な設備に該当するものに、レ点をつけること。 画像又は映像を撮影・電送する設備 <input type="checkbox"/> テレビ電話 <input type="checkbox"/> デジタルカメラ <input type="checkbox"/> 電子メールで送信するためのパソコン、インターネット回線等 <input type="checkbox"/> 現状についてリアルタイムでやりとりできる電話機・電話回線 <input type="checkbox"/> その他（ ）

\* 該当する項目について、にレ点をつける等して分かるよう記載すること

注1 ホームページを開設せず、アプリケーションソフト等を利用して特定販売を行う場合には、当該ソフト等の入手方法等に関する資料を添付すること。

注2 主たるホームページのアドレスは、「トップページ」や「メインページ」のアドレスを記載すること。複数のホームページを開設している場合は、それら全てのホームページアドレスを記載する。なお、全てのホームページへのリンクをまとめたホームページのアドレスでも可。

注3 特定販売を行うことについてインターネットを利用して広告する場合は、主たるホームページの構成の概要を示した書類（下記参照）を添付すること。

複数のホームページを開設している場合は、それらの全てについて関連する書類を添付すること。

注4 カタログ等を用いて特定販売を行う場合は、注3と同様にその概要が分かる資料を添付すること。

注5 要指導医薬品（特定要指導医薬品を除く。）又は指定濫用防止医薬品の特定販売を行う場合は、使用するビデオ通話システムに関し、オンライン服薬指導に係る情報の漏えい等の危険に関する事項が分かる資料を添付すること。

**【ホームページの構成の概要を示した書類】**

以下の内容が分かる書類（表示例等）を添付すること。

- ・ホームページのトップページ
- ・医薬品の表示内容（個別の販売ページ、販売する医薬品一覧、検索結果等）
- ・薬局の管理及び運営に関する事項
- ・要指導医薬品及び一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項
- ・薬局の主要な外観の写真
- ・薬局製造販売医薬品、要指導医薬品（特定要指導医薬品を除く。）又は一般用医薬品の陳列の状況を示す写真
- ・現在勤務している薬剤師又は登録販売者の別及びその氏名
- ・開店時間と特定販売を行う時間が異なる場合にあっては、その開店時間及び特定販売を行う時間
- ・特定販売を行う薬局製造販売医薬品、要指導医薬品（特定要指導医薬品を除く。）又は一般用医薬品の使用期限