**様式第一**（第一条関係）

薬局開設許可申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 |  |
| 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、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 |  |
| (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) | 禁錮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 |  |
| 薬局において販売し、又は授与する医薬品の区分 | □薬局医薬品　□薬局製造販売医薬品　□要指導医薬品　　　　　　　□第一類医薬品　□指定第二類医薬品　□第二類医薬品　　　□第三類医薬品 |
| １日平均取扱処方箋数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　枚 |
| 兼営事業の種類 | □薬局製剤製造業･製造販売業　□医薬品･医薬部外品･化粧品の販売　□高度管理医療機器等販売業・貸与業　□毒物劇物販売業　　　　　　□麻薬小売業 |
| 備考 | **●**管理薬剤師の前職：●次の書類を下記の　申請書　／　届出に添付済みのため省略します。□登記事項証明書　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）名称：　　　　　　　　　　許可番号：提出年月日： |

上記により、薬局開設の許可を申請します。

　　年　　月　　日

住　所法人にあっては、主たる事業所の所在地

氏　名法人にあっては名称及び代表者の氏名

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：

大阪府知事　殿

薬局開設許可申請書（記載時の留意点）

①　薬局の名称

◆　「薬局」の文字を必ずつけてください。

◆　医薬品を取り扱う施設としてふさわしい名称にしてください。

②　薬局の所在地

◆　住居表示のとおり記載するとともに、ビル、市場内等の場合には「〇〇ビル〇階、〇〇ビル〇号室」等詳

しく記載してください。

③　薬局の構造設備の概要

◆　「別紙のとおり」と記載し、別紙で構造設備の図面を添付してください。

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」及び「医薬品の販売又は授与を行う

体制の概要」

◆　「別紙のとおり」と記載し、「薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令」で規定されている「指針」「手順書」を別紙で添付してください。申請時には、指針・手順書とそれらの概要を示すもの（下記例参照）を提出してください。

【参考】指針・手順書の項目

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指針の項目 | (1) 基本的考え方に関すること。(2) 従業者に対する研修の実施に関すること。(3) 医薬品安全使用責任者に関すること。(4) 事故報告の体制の整備に関すること。(5) 手順書に関すること。(6) 情報の収集・改善のための方策の実施に関すること。 | 手順書の項目 | (1) 店舗で取り扱う医薬品の購入に関する事項。(2) 医薬品の管理に関する事項(3) 医薬品の販売及び授与の業務に関する事項(4) 医薬品情報の取扱い(5) 事故発生時の対応に関する事項(6) 他施設（医療機関、薬局等）との連携に関する事項(7)医薬品の貯蔵、陳列、搬送等の手順に関する事項 |

1. （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

◆　薬事に関する業務に責任を有する役員が複数名いる場合は、当該役員全員の氏名を記載してください。

◆　代表取締役（代表執行役）は全ての業務の決定権があるため、全員が薬事に関する業務に責任を有する役員となります。

⑥　通常の営業日及び営業時間

◆　「月～金９時～１８時、土９時～１４時」のように営業日・営業時間を記載してください。営業時間とは、「実店舗の開店時間」と「（実店舗の閉店時間に）特定販売を行う時間」を合わせた時間をいいます。

⑦　相談時及び緊急時の連絡先

◆　緊急時に連絡が取れる電話番号・メールアドレス等を記載してください。

⑧薬剤師不在時間（※）の有無

◆薬剤師不在時間（※）の有無について、該当する箇所を○で囲んでください。（※薬剤師不在時間：開店時間のうち、薬局において調剤に従事する薬剤師がその薬局以外の場所においてその薬局の業務を行うため、やむを得ず、かつ、一時的に薬局内に薬剤師が不在となる時間。医薬品医療機器等法施行規則第１条第２項第２号関係。）

⑨特定販売（※）の実施の有無

* 特定販売（※）の実施の有無について、該当する箇所を○で囲んでください。（※特定販売：薬局以外の場所にいる者に対する医薬品の販売又は授与をいいます。医薬品医療機器等法施行規則第１条第２項第２号関係。）

⑩健康サポート薬局（※）である旨の表示の有無

* 健康サポート薬局（※）である旨の表示の有無について、該当する箇所を○で囲んでください。（※健康サポート薬局：患者が服用する医薬品に関する情報の一元的な把握並びにそれに基づく薬学的管理及び指導等を行う機能並びに国民による主体的な健康の維持増進の支援を積極的に行う機能を有し、国の定める基準を満たした薬局をいいます。医薬品医療機器等法施行規則第１条第２項第５号関係。）

⑪申請者の欠格条項

◆　(1)欄から（７）欄までには、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」）と記載してください。当該事実があるときは、(1)、(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記載してください。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がいに係る医師の診断書を添付してください。

⑫　薬局において販売し、又は授与する医薬品の区分

* 医薬品の区分について、該当する箇所に印（☑）をつけてください。

⑬　１日平均取扱処方箋数

* 推定により見込み枚数を記載してください。

⑭　兼営事業の種類

* 兼営事業について、該当する箇所に印（☑）をつけてください。

⑮　備考欄

◆　管理薬剤師の直近の前職を記載してください。

◆　省略する添付書類に印（☑）をつけてください。また、該当書類を添付した薬局等の名称、許可番号、提出年月日等を記載してください。

⑯　申請年月日

◆　申請書を提出する日付を記載してください。

⑰　申請者の住所、氏名

◆　個人の場合は現住所、法人の場合は登記された本社の所在地を記載してください。

◆　個人の場合は、個人名を記載し、法人の場合は登記された商号および代表者名を記載してください。

⑱　連絡先

◆　担当者名及び電話番号を記載してください。

**薬局開設許可申請書（記載例）**

薬局開設許可申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 | 〇〇　薬局 |
| 薬局の所在地 | 〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号　〇〇ビル１階 |
| 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 | 月曜～金曜　〇時～〇時　土曜　〇時～〇時 |
| 相談時及び緊急時の連絡先 | ０９０－００００－００００ |
| 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、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) | 禁錮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 |
| 薬局において販売し、又は授与する医薬品の区分 | ☑薬局医薬品　□薬局製造販売医薬品　☑要指導医薬品　　　　　　　☑第一類医薬品　☑指定第二類医薬品　☑第二類医薬品　☑第三類医薬品 |
| １日平均取扱処方箋数 | 　　　　　　　　　　　　　　　〇〇　　　　　　　枚 |
| 兼営事業の種類 | □薬局製剤製造･製造販売業　☑医薬品･医薬部外品･化粧品の販売　☑高度管理医療機器等販売業・貸与業　□毒物劇物販売業　　　　　　☑麻薬小売業 |
| 備考 | **●**管理薬剤師の前職：△△薬局を平成〇年〇月〇日付退職●次の書類を下記の　申請書　／　届出に添付済みのため省略します。☑登記事項証明書　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）名称：　□□　薬局　　　　　　　　許可番号：A00000号提出年月日：平成21年１月10日 |

上記により、薬局開設の許可を申請します。

○○年○○月○○日

住　所法人にあっては、主たる事業所の所在地　○○市○○町○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　○○　○○

大阪府知事　殿

〔連絡先〕　担当者名：００　００

　　　　　　電話番号：０６－００００－００００