様式第一の二（第一条の二関係）

薬局開設許可申請書（特定調剤業務又は受渡しの受委託をする場合）

薬局の名称			
薬局の所在地			
薬局の構造設備の概要			
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			
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要			
（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
特定調剤業務委託の実施の有無			有　・　無
有の場合	受託薬局の開設者の氏名（法人にあつてはその名称）		
	受託薬局の開設者の住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）		
	受託薬局	名称	
		所在地	
		管理番号	
	受託薬局の相談時及び緊急時の連絡先		
	委託する特定調剤業務の内容		
	特定調剤業務の管理を行う体制の概要		
特定調剤業務の受託の実施の有無			有　・　無
有の場合	委託薬局の開設者の氏名（法人にあつてはその名称）		
	委託薬局の開設者の住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）		
	委託薬局	名称	
		所在地	
		管理番号	
	委託薬局の相談時及び緊急時の連絡先		
	委託を受ける特定調剤業務の内容		
	特定調剤業務を行う体制の概要		
受渡委託の実施の有無			有　・　無

<table>
<tr><td rowspan="7">有の場合</td><td colspan="2">受渡しを行う登録受渡業者の氏名（法人にあつてはその名称）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受渡しを行う登録受渡業者の住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">登録受渡店舗</td><td>名称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td>登録番号（薬局又は店舗である場合は管理番号）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">登録受渡店舗の相談時及び緊急時の連絡先</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受渡しの管理を行う体制の概要</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">受渡しの実施の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td rowspan="7">有の場合</td><td colspan="2">受渡委託をする薬局開設者又は店舗販売業者の氏名（法人にあつてはその名称）</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受渡委託をする薬局開設者又は店舗販売業者の住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">受渡委託をする薬局又は店舗</td><td>名称</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td></tr>
<tr><td>管理番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受渡委託をする薬局又は店舗の相談時及び緊急時の連絡先</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受渡しを行う体制の概要</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受渡しを行う一般用医薬品の区分</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="8">申請者（法人にあつては、役員を含む。）の欠格条項
薬事に関する業務に責任を有する</td><td>(1)</td><td>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</td><td></td></tr>
<tr><td>(2)</td><td>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</td><td></td></tr>
<tr><td>(3)</td><td>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</td><td></td></tr>
<tr><td>(4)</td><td>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</td><td></td></tr>
<tr><td>(5)</td><td>麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者</td><td></td></tr>
<tr><td>(6)</td><td>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</td><td></td></tr>
<tr><td>(7)</td><td>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</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">備考</td><td></td></tr>
</table>

上記により、薬局開設の許可を申請します。

年　　月　　日

住　所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏　名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

都道府県知事
保健所設置市市長　　殿
特別区区長

（注意）

1　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

2　字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。

3　各記載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　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。

5　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)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、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)欄にあつ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。