様式第二（第二条関係）

許可番号　　管理番号

薬局開設許可証

氏名（法人にあつては、名称）

薬局の名称

薬局の所在地

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４条第１項の規定により開設の許可を受けた薬局であることを証明する。

年　　月　　日

都道府県知事

保健所設置市市長　　印

特別区区長

有効期間　　年　　月　　日から

年　　月　　日まで

当該薬局が特定調剤業務又は受渡しの受委託をする場合に関する事項については、別紙のとおり。

別紙

特定調剤業務又は受渡しの受委託をする場合に関する事項

特定調剤業務委託をする場合に関する事項

受託薬局に係る事項	名称	
	所在地	
	管理番号	

特定調剤業務委託を受ける場合に関する事項

委託薬局に係る事項	名称	
	所在地	
	管理番号	

受渡委託をする場合に関する事項

受渡しを行う登録受渡店舗に係る事項	名称	
	所在地	
	登録番号（薬局又は店舗である場合は管理番号）	

受渡しを行う場合に関する事項

受渡委託をする薬局又は店舗に係る事項	名称	
	所在地	
	管理番号	
	取り扱う一般用医薬品の区分	