

薬 局 開 設 許 可 申 請 書

薬 局 の 名 称			
薬 局 の 所 在 地		区	
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	
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務の欠格条項を含む。)の氏名	(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)	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	
	(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	
備 考			

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)

千葉県保健所長 殿

( 担当者名  
連絡先電話番号  
連絡先電子メールアドレス )