

薬 局 開 設 許 可 申 請 書

薬 局 の 名 称			
薬 局 の 所 在 地		〒 (TEL)	
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 (法 人 に あ っ て は)		別紙のとおり	
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 (詳細は別紙のとおり) ・ 無	
特 定 販 売 の 実 施 の 有 無		有 (詳細は別紙のとおり) ・ 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	
	(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 っ 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 っ 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 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	
	(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		1 省略する添付書類： 2 省略の理由：下記により提出済のため。 (申請、届出の種類) (許可番号) (店舗名称) (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 〒
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

(TEL)

氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

【連絡先：

担当者名：

】

久留米市保健所長 あて

申請手数料領収済		
年	月	日
円		
領収No		印

薬 局 開 設 許 可 申 請 書

薬 局 の 名 称	〇〇薬局		
薬 局 の 所 在 地	〒830-8520 久留米市城南町15番地3 (TEL 0942-00-0000)		
薬 局 の 構 造 設 備 の 概 要	別紙のとおり 平面図を添付		
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1を添付 別紙のとおり		
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要 (法人にあっては)	別紙1を添付 別紙のとおり		
薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名	久留米 太郎		
通常の日及び営業時間	8:30~17:15(月~金) 土日祝休み		
相談時及び緊急時の連絡先	0942-00-0000(時間外転送) 〇〇〇@△△.co.jp		
薬剤師不在時間の有無	有(詳細は別紙のとおり) ・ 無		
特定販売の実施の有無	有(詳細は別紙のとおり) ・ 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	
	(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った後、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、その違反行為があった日から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	
	(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	1 省略する添付書類： 2 省略の理由：下記により提出済のため。 (申請、届出の種類) (許可番号) (店舗名称) (提出年月日)		

上記により、薬局開設の許可を申請します。

元号〇年〇年〇日

管理者・従事者の資格を証する書類は省略不可。

住 所
(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

〒〇〇-〇〇

福岡県福岡市〇〇区〇〇 〇番地

(TEL 092-000-0000)

氏 名
(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇薬局

代表取締役 久留米 太郎

【連絡先:090-0000-0000 担当者名: 久留米 次郎】

久留米市保健所長 あて

申請手数料領収済
年 月 日
円
領収No 印

(1)~(7)について

- ・該当がなければ「なし」と記載。
- ・法人で責任を有する役員が複数名おり、全員該当しない場合は「全員なし」と記載。
- ・該当がある場合は詳細を記載。