薬局開設許可申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　FAX |
| 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 |
| （法人にあっては）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 | 別紙のとおり |
| 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たこと |  |
| (2) | 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと |  |
| (3) | 禁錮以上の刑に処せられたこと |  |
| (4) | 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たこと |  |
| (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 | １）管理医療機器の取扱いの有無　　有　　・　　無２）管理医療機器販売（貸与）管理者の氏名及び住所ア　管理者に同じイ　管理者以外の者氏名：住所：３）兼営事業の種類 |

上記により、薬局開設の許可を申請します。

令和　　年　　月　　日

住　　所（）

氏　　名（）

（あて先）札幌市保健所長

|  |  |
| --- | --- |
| 手数料 | 領収印 |
| ３２，５００円 |  |

連絡先：電話　　　　　　　　　　　　　担当者