

勤務表

新規申請書に添付する場合は空欄にしてください。 -1

施設名称		名古屋薬局		許可番号	名局第〇〇〇号		情報提供場所						
週当たりの開店時間					①	46.5	時間	要指導医薬品 並びに 一般用医薬品		④	1	箇所	
①のうち	要指導医薬品又は一般用医薬品販売時間					②	46.5	時間	要指導医薬品 並びに 第一類医薬品		⑤	1	箇所
	要指導医薬品又は第一類医薬品販売時間					③	46.5	時間					
時間 0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 24 (時間数)													
月	開店時間		①										10
	販① 売の 時 間 ち	要指導医薬品又は 一般用医薬品	②										10
		要指導医薬品又は 第一類医薬品	③										10
		医薬品販売時間	うの特 時 定 間 を 販 含 行 売										
	第一類医薬品販売時間												13
	薬剤師の勤務体制												
登録販売者の勤務体制													
火	開店時間		①										10
	販① 売の 時 間 ち	要指導医薬品又は 一般用医薬品	②										10
		要指導医薬品又は 第一類医薬品	③										10
		医薬品販売時間	うの特 時 定 間 を 販 含 行 売										
	第一類医薬品販売時間												13
	薬剤師の勤務体制												
登録販売者の勤務体制													
水	開店時間		①										3.5
	販① 売の 時 間 ち	要指導医薬品又は 一般用医薬品	②										3.5
		要指導医薬品又は 第一類医薬品	③										3.5
		医薬品販売時間	うの特 時 定 間 を 販 含 行 売										
	第一類医薬品販売時間												13
	薬剤師の勤務体制												
登録販売者の勤務体制													
木	開店時間		①										10
	販① 売の 時 間 ち	要指導医薬品又は 一般用医薬品	②										10
		要指導医薬品又は 第一類医薬品	③										10
		医薬品販売時間	うの特 時 定 間 を 販 含 行 売										
	第一類医薬品販売時間												10
	薬剤師の勤務体制												
登録販売者の勤務体制													
金	開店時間		①										10
	販① 売の 時 間 ち	要指導医薬品又は 一般用医薬品	②										10
		要指導医薬品又は 第一類医薬品	③										10
		医薬品販売時間	うの特 時 定 間 を 販 含 行 売										
	第一類医薬品販売時間												13
	薬剤師の勤務体制												
登録販売者の勤務体制													

時間帯が分かるように色を付けてください。
色の指定はありません。

医薬品販売時間のうち、特定販売のみを行う時間帯があれば、このように記入してください。

「開店時間のうちの医薬品販売時間」及び「開店時間以外の特定販売のみを行う時間帯」を記入してください。

特定販売のみを行う時間帯であっても、取り扱う医薬品の種類に応じた資格者の配置が必要です。(体制省令第1条第1項第3号、第4号、第2条第1項第1号、第2号)

要指導医薬品は、開店時間内のみ販売可能です。

色を付けた部分に対応する時間を記入してください。

薬局であれば、開店時間中すべての時間帯で薬剤師が勤務していること、店舗販売であれば要指導医薬品及び第一類医薬品を販売している時間帯に薬剤師が勤務していることなど、許可業態にあった勤務体制である必要があります。

開店時間のうちの該当する時間を記入してください。つまり、開店時間として記入した時間以下の数字が入ることになります。

「医薬品販売時間(特定販売のみを行う時間含む)」のうちの該当する時間を記入してください。よって、「医薬品販売時間(特定販売のみを行う時間含む)」として記入した時間以下の数字が入ることになります。

※ 一般用医薬品の特定販売を行う薬局・店舗にあっては、その開店時間の1週間の総和が30時間以上であり、そのうち、深夜(午後10時から午前5時)に「薬品」の特定販売業務として記述し、Eメールで届出を提出することを旨とする。

(業務の種別 : 薬局)

すべての要件を満たしていることを確認してください。なお、Excelファイルで作成する場合、要件を満たしていれば、「適」と表示されます。

兼営事業の種類(該当する項目に○を記入すること)

薬局製造販売医薬品製造販売業・薬局製造販売医薬品製造業

高度管理医療機器等

○ 管理医療機器 販売業貸与業 (医療機関向け管理医療機器 ・ 家庭用電気治療器 ・ 家庭用管理医療機器)

医薬部外品販売業

化粧品販売業

毒物劇物販売業 業態（一般）

その他 ()

管理者及びその他薬剤師の氏名、住所、過当たり勤務時間数等

種別	氏名	住 所		調剤に従事する勤務時間		要指導医薬品又は一般用医薬品の販売に従事する勤務時間			
	薬剤師名簿の登録番号		登録年月日						
薬 剤 師	管理者	〇〇 〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇			40	時間	40	時間
		薬剤師名簿の登録番号：第 △△△△ 号		登録年月日： 平成■年■月■日					
	1	〇〇 〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇			40	時間	40	時間
		薬剤師名簿の登録番号：第 △△△△ 号		登録年月日： 平成■年■月■日					
	2	〇〇 〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇			20	時間	20	時間
		薬剤師名簿の登録番号：第 △△△△ 号		登録年月日： 平成■年■月■日					
	3	〇〇 〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇			20	時間	20	時間
		薬剤師名簿の登録番号：第 △△△△ 号		登録年月日： 平成■年■月■日					
	4						時間		時間
		薬剤師名簿の登録番号：第							

Excelファイルで作成する場合、薬局開設許可申請書に添付する際は、既に入力されている数式を削除し、見込みの数を入力してください。変更届書に添付する場合は、「総取扱処方箋枚数」及び「前年において業務を行った日数」を入力すれば自動で計算されるので、既に入力されている数式を削除せず、このままご利用ください。

薬局並びに店舗販売業及びその他の業務を行う体制を定める省令（薬局の申請・届出の際に記入）							
総取扱処方箋枚数(A)	16000	枚	(眼科・耳鼻咽喉科・歯科) ×2/3+その他診療科	前年において業務を行った日数(B)			日
一日平均取扱処方箋数(A/B) (薬局開設許可申請書に添付する場合は見込みの数を記入すること)	54	枚		この薬局で定める就業規則に基づく 薬剤師の勤務時間 (32時間未満の場合は、32時間とする)			時間/週
一日平均取扱処方箋数40枚毎の 必要薬剤師数	⑩	2	名	調剤に従事する薬剤師の員数	⑪		名
⑨÷① (第1条第1項第1号)	2.58	≥1であること	適	⑪÷⑩ (第1条第1項第2号)		≥1であること	適・否

薬局であれば、すべての要件を満たしていることを確認してください。なお、Excelファイルで作成する場合、要件を満たしていれば、「適」と表示されます。

管理者及びその他登録販売者の氏名、住所、週当たり勤務時間数等

種別	氏名	住 所		一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	
	販売従事登録の登録番号		登録年月日		
管理者	販売従事登録の登録番号: 第 - - 号		登録年月日: 年 月 日		時間
1	〇〇 〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	販売従事登録の登録番号: 第 ▲▲ - ▲▲ - ▲▲▲ 号 登録年月日: 平成■年■月■日		40 時間
2	〇〇 〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	販売従事登録の登録番号: 第 ▲▲ - ▲▲ - ▲▲▲ 号 登録年月日: 平成■年■月■日		40 時間
3	〇〇 〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	販売従事登録の登録番号: 第 ▲▲ - ▲▲ - ▲▲▲ 号 登録年月日: 平成■年■月■日		40 時間
4			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		10 時間
5			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
6			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
7			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
8			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
9			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
10			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
11			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
12			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
13			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
14			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
15			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
16			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
17			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
18			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
19			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
20			販売従事登録の登録番号: 第 - - 号 登録年月日: 年 月 日		時間
登 録 販 売 者				合計 ⑦	130 時間

薬局であれば、管理者は薬剤師であるため、空欄となります。店舗販売業であれば、薬剤師名簿か登録販売者名簿のどちらかの管理者欄に記入してください。