

薬 局 開 設 許 可 申 請 書

|                                        |                                                                                                                                                                              |                                                                                      |    |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 薬 局 の 名 称                              | 名古屋薬局                                                                                                                                                                        |                                                                                      |    |
| 薬 局 の 所 在 地                            | 名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号 名古屋ビル 2 階                                                                                                                                               |                                                                                      |    |
| 薬 局 の 構 造 設 備 の 概 要                    | 別紙のとおり ①                                                                                                                                                                     |                                                                                      |    |
| 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 ②                                                                                                                                                                     |                                                                                      |    |
| 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要                     | 別紙のとおり ②                                                                                                                                                                     |                                                                                      |    |
| （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          | 名古屋 二郎、名古屋 三郎 ③                                                                                                                                                              |                                                                                      |    |
| 通常の営業日及び営業時間                           | 別紙のとおり ④                                                                                                                                                                     |                                                                                      |    |
| 相談時及び緊急時の連絡先                           | 別紙のとおり ④                                                                                                                                                                     |                                                                                      |    |
| 薬剤師不在時間の有無                             | 有 ⑤ ・ 無                                                                                                                                                                      |                                                                                      |    |
| 特定販売の実施の有無                             | 有 ⑥ ・ 無                                                                                                                                                                      |                                                                                      |    |
| 健康サポート薬局である旨の表示の有無                     | 有 ⑦ ・ 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）の資格条項 | (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                                      | なし |
|                                        | (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                                  | なし |
|                                        | (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                                 | なし |
|                                        | (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 | なし |
|                                        | (5)                                                                                                                                                                          | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者                                                                   | なし |
|                                        | (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                           | なし |
|                                        | (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                                               | なし |
| 備 考                                    | 開設者（法人の代表者） [ 薬剤師・非薬剤師 ]<br>⑧法人の登記事項証明書は、○年○月○日に名古屋市中区○保健センター（○保健所）に提出した○薬局（名局第○号、名古屋市中区○丁目○番○号）の変更届書に添付したため省略します。<br>電話（薬局）(052) ○○○-○○○○<br>担当者名（ ○ ○ ） 連絡先 （○○○） ○○○-○○○○ |                                                                                      |    |

上記により、薬局開設の許可を申請します。

○年○月○日 ⑨

行政書士でない方が、業として他人の依頼を受け報酬を得て、官公署に提出する書類を作成することは、法律に別段の定めがある場合を除き、行政書士法違反となりますので、ご注意ください。

住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）  
名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号  
氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）  
株式会社○○○○ 代表取締役 名古屋 二郎

名古屋市長 殿

## (記載上の注意)

- ① **様式例『薬局構造設備概要仕様書』**を添付してください。なお、無菌製剤処理を行う場合は「無菌製剤処理」欄の「1 行う」に○を付け、**様式例『無菌調剤室に関する事項』**を添付してください。
- ② **様式例『勤務表、薬剤師名簿、登録販売者名簿』**を添付してください。なお、兼営事業は勤務表の下部該当欄に、一日平均取扱処方箋数は薬剤師名簿の下部該当欄に記載してください。
- ③ 申請者が個人の場合は空欄としてください。法人にあっては、欄内に記載できない場合は「別紙の通り」と記載し、別紙を添付してください。
- ④ **様式例『取り扱う医薬品の区分、通常の営業日及び営業時間、相談時及び緊急時の連絡先』**を添付してください。
- ⑤ 薬剤師不在時間がある場合は「有」に○を付けてください。
- ⑥ 特定販売（インターネット販売、カタログ販売等）を行う場合は「有」に○を付けてください。さらに、**様式例『特定販売に関する事項』**を添付してください。
- ⑦ 健康サポート薬局である旨の表示の有無について、基準の内容から許可申請時は、原則「無」になります。
- ⑧ **過去 10 年以内に**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の規定による許可等の申請・届出を行っており、その際に**同一の添付書類**を名古屋市に提出している場合は、備考欄に次の事項を記載することにより省略することができます。
  - ア 省略する添付書類の名称
  - イ 添付書類の提出年月日
  - ウ 提出した申請又は届出に係る薬局、営業所、店舗の許可番号・名称・所在地
- ⑨ 保健センターに提出する日を記載してください。