

記入例

様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書

薬 局 の 名 称	〇〇〇〇薬局		
薬 局 の 所 在 地	那覇市与儀〇丁目〇番〇号		
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	山田太郎 、 鈴木花子		
通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間	月曜日～金曜日（9：00～19：00）、土曜日（9：00～13：00）		
相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先	〇〇〇－〇〇〇－〇〇〇〇		
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 を 含 む。 (法 人 に あ つ て は、薬 事 に 関 す る 業 務 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	全員なし
	(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	全員なし
	(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つた後、3年を経過していない者	全員なし
	(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	全員なし
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(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	全員なし
	(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	全員なし
備 考	(担当) 鈴木 (連絡先) 000-0000-0000 担当者名と連絡先を記入。		

該当がなければ、それぞれ「なし」と記入。
法人で、役員が複数の場合は、「全員なし」と記入。

上記により、薬局開設の許可を申請します。

令和 年 月 日

法人開設の場合は、登記された本社の住所、名称、代表者の氏名を記入。
個人開設の場合は、開設者個人の住所と氏名を記入。

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 那覇市泉崎〇丁目〇番〇号
氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社 〇〇〇〇
代表取締役 〇〇 〇〇

那覇市保健所長 宛