

様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書

薬 局 の 名 称			
薬 局 の 所 在 地			
薬 局 の 構 造 設 備 の 概 要			
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			
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要			
(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			
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 ・ 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（法人にあつては、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)	禁錮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	
	(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	
	(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			

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）
氏 名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

和歌山県知事
保健所長 殿

(注意)

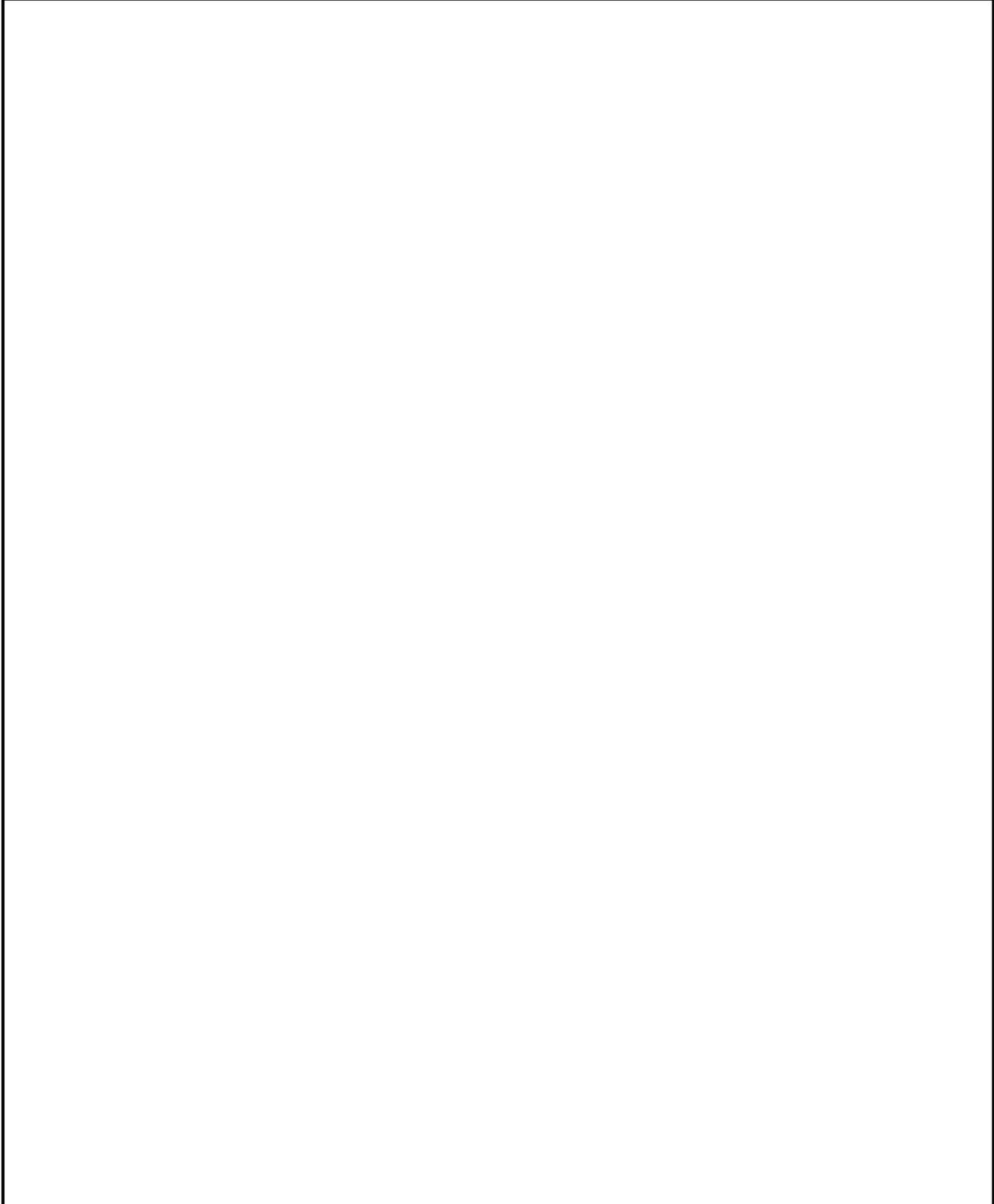
- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 薬局の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 6 相談時及び緊急時の連絡先欄には、原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。
- 7 申請者の欠格条項の(1)欄から(7)欄までには、当該事実がないときは「なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)欄にあつてはその罪、刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた場合はその年月日を、(4)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を記載すること。また、(6)欄に該当するおそれがある者については、同欄に「別紙のとおり」と記載し、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付すること。

薬局の構造設備の概要書

〔薬局〕

面 積	薬 局 全 体	調剤（試験室）室	試験室（試験室を別に設置する場合）	医薬品の販売を行う場所
	m ²	一辺の幅 m m ²	一辺の幅 m m ²	m ²
換気の状態		換気扇 その他 ()	換気扇 その他 ()	窓 出入口より 通風器 その他 ()
居住場所・不潔な場所 その他の場所との区別		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
天井の材質		板張り コンクリート テックス その他 ()	板張り コンクリート テックス その他 ()	板張り コンクリート テックス その他 ()
床の材質		板張り コンクリート その他 ()	板張り コンクリート その他 ()	板張り コンクリート その他 ()
明るさ		(蛍) W 個 (普) W 個	(蛍) W 個 (普) W 個	蛍光灯 W 個 普通電灯 W 個
冷暗貯蔵設備		設置場所 構造 大きさ		
かぎのかかる貯蔵設備		設置場所 構造 大きさ (たて よこ 高さ)		
設備器具		薬局等構造設備規則第1条第1項第13、14号に記載する設備器具		
給排水設備		給 水	1. 水 道 2. その他 ()	
		排 水	1. 店舗外に直接排水 2. その他 ()	
熱 源		1. ガ ス 2. その他 ()		
調剤室のガラス等 透明な材質の面積		() の高さの所に、高さ ()、横幅 ()		
調剤台・試験台の大きさ		調剤台 幅 cm×奥行 cm	試験台 幅 cm×奥行 cm	
販売授与する医薬品の区分		◇薬局医薬品（薬局製造販売医薬品を除く） ◇薬局製造販売医薬品 □要指導医薬品 □第一類医薬品 □指定第二類医薬品 □第二類医薬品 □第三類医薬品		
要指導医薬品の陳列設備の有無		無 ・ 有 （閉鎖設備の有無 有 ・ 無 ）		
第一類医薬品の陳列設備の有無		無 ・ 有 （閉鎖設備の有無 有 ・ 無 ）		
医薬品販売を行わない時間帯における陳列・交付場所の閉鎖		無 () ・ 有 (閉鎖設備)		
情報提供の設備の数		箇所 設置状況		
待合室（場所）の有無		無 ・ 有 (m ²)		
医薬品の保管設備 （倉庫等）の有無		無 ・ 有 (m ²)		
厚生労働大臣の指定する検査機関との試験検査委託契約の有無		無 ・ 有 (名称 所在地)		
薬局の 名 称		申請者 の氏名		薬局の 所在地

薬 局 の 平 面 図



[薬局の付帯設備の有無について]

無菌調剤に関する設備 (無 ・ 有)

放射性医薬品取り扱い設備 (無 ・ 有)

(有る場合は、その種類及び取扱いに必要な設備の概要を添付)

薬局の 名 称		申請者 の氏名		薬局の 所在地	
------------	--	------------	--	------------	--

役員の業務分掌表又は組織図

薬剤師または登録販売者の一覧表

1 管理者

氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	<input type="checkbox"/> 調剤のみ	<input type="checkbox"/> 販売のみ
種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年 月 日

2 その他の資格者

氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	<input type="checkbox"/> 調剤のみ	<input type="checkbox"/> 販売のみ
種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年 月 日
氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	<input type="checkbox"/> 調剤のみ	<input type="checkbox"/> 販売のみ
種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年 月 日
氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	<input type="checkbox"/> 調剤のみ	<input type="checkbox"/> 販売のみ
種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 または 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 または販売従事登録年月日	年 月 日

