

様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書

薬 局 の 名 称		(ふりがな) しやくしょやつきよく 市役所薬局	
薬 局 の 所 在 地		松江市末次本町XX-XX 市役所ビル3F	
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		松江 太郎 島根 花子	
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		電話番号: 0852-XX-XXXX FAX: 0852-XX-XXXX E-mail アドレス: pharm@XXX.XX.ne.jp	
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。の欠格条項業務	(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)	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	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			

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)

東京都千代田区霞が関1-2-2

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

松江株式会社**代表取締役 松江 太郎**

松江市長

殿

添付書類を省略する場合は「別紙のとおり添付書類を省略する」と記載し、別紙「添付書類省略一覧表」を添付すること。