

薬局開設許可申請書

薬局の名称		薬局	
薬局開設の場所		東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 ビル1階	
薬局の構造設備の概要		別紙のとおり	
薬局の 管理者	氏名	東京 花子	
	住所	東京都新宿区西新宿 - -	
	週当たり勤務時間数	40時間	
	薬剤師名簿登録番号	第1234567890号	薬剤師名簿登録年月日 昭和・平成 21年 4月 1日
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名	東京 太郎	
	住所	東京都千代田区 1-2-3	
	週当たり勤務時間数	40時間	
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者	
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第13- - 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日 昭和・平成 21年 4月 1日
			以下、別紙のとおり
一日平均取扱い処方せん数		30枚	
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)	
兼営事業の種類		卸売販売業、管理医療機器販売業・賃貸業、毒物劇物一般販売業	
む、申請者 の業（法人 に就いては 役員を 含む） の欠格 事項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	全員なし	
	(2) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし	
	(3) 薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと	全員なし	
	(4) 後見開始の審判を受けていること	全員なし	
備考			

上記により、薬局開設の許可を申請します。

平成 年 月 日 ← 新規の手続をされる際に窓口で記入してください。

住所 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号  
（法人にあつては、主たる事務所の所在地）  
 氏名 株式会社 薬品 代表取締役社長 東京 太郎  
（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

開設者住所・氏名を記入してください。

印

東京都 保健所長 殿

電話番号 03(5320) × ×  
 担当者名 田 ×子

代表者印を押印してください。

連絡先・担当者名を記入してください。

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格 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すべ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 その他の薬剤師又は登録販売者欄には、薬局の管理者以外に当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者があるときは、それらの者のうち 1 人について記載し、その他の薬剤師又は登録販売者については、欄外に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 医薬品の販売業を併せ行う場合、勤務する薬剤師が調剤に従事しない薬剤師である場合又は医薬品の販売若しくは授与に従事しない薬剤師である場合は備考欄又は 4 の別紙にその旨を記載すること。
- 6 一日平均取扱い処方せん数欄には、推定による一日平均取扱い処方せん数を記載すること。
- 7 兼営事業の種類欄には、医薬品の販売業その他の業務を併せ行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。
- 8 申請者の欠格事項の(1)欄から(4)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)欄にあつてはその理由及び年月日を、(2)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、(3)欄にあつてはその違反の事実及び違反した年月日を、(4)欄にあつては「ある」と記載すること。