

様式第一

薬局開設許可申請書

薬局の名称			
薬局の所在地		〒 京都市 区 電話 - -	
薬局の構造設備の概要		別紙のとおり（無菌調剤室共同利用 有・無）	
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（勤務シフト表及び業務体制チェック表）のとおり	
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要		別紙（勤務シフト表及び業務体制チェック表）のとおり	
（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			
通常の営業日及び営業時間		別紙（勤務シフト表及び業務体制チェック表）のとおり	
相談時及び緊急時の連絡先		電話 - - その他（ ）	
薬剤師不在時の有無		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	
務申請者（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った後、3年を経過していない者	
	(4)	法、麻薬及び向精神薬取締法、毒劇及び劇物取扱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、その違反行為があった日から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って必要な認知、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	放射性医薬品の取扱い（有・無） 省略書類：□登記事項証明書 □その他（ ） 原本添付又は呈示書類：施設名称（ ）許可番号（第 号） （申請・届出）年月日（ 年 月 日）		

上記により、薬局開設の許可を申請します。

年 月 日 〒

住所 } 法人にあっては、  
主たる事務所の所在地

氏名 } 法人にあっては、  
名称及び代表者の氏名

電話 - -

(あて先) 京都市長