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 | | | 町田市  ℡　　　（　　　　） | |
| 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 | | |  | |
| 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 | |
| に責任を有する役員を含む。）の欠格条項  申請者（法人にあつては、薬事に関する業務 | (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 | |  |
| (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

町田市保健所長　殿　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　（　　　　）