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	〒　　-　　TEL　0178　-　　-
薬局の構造設備の概要	別紙１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２のとおり
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要	別紙２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	
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)拘禁刑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	

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、主たる事業所の所在地）

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

担当者　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 ＿＿＿＿＿＿＿＿

（あて先）八戸市保健所長

(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、楷書ではっきりと書くこと。

3　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。

4　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）欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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った場合はその年月日を、(4)欄にあっ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。

手数料	確認者
￥30,200	