

薬局開設許可申請書

薬局の名称			
薬局開設の場所			
薬局の構造設備の概要		別紙のとおり	
薬局の 管理者	氏名		
	住所		
	週当たり勤務時間数		
	薬剤師名簿登録番号	薬剤師名簿 登録年月日	
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名		
	住所		
	週当たり勤務時間数		
	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	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
一日平均取扱処方せん数			
通常の営業日及び営業時間			
兼営事業の種類			
申請者（ 法人にあ ってはそ の業務を 行う役員 を含む。） の欠格条 項	(1) 法第75条第1項の規定により 許可を取り消されたこと		
	(2) 禁錮以上の刑に処せられた こと		
	(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		
	(4) 後見開始の審判を受けてい ること		
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

氏 名

印

和歌山県知事 様
保健所長 様

TEL _____
FAX _____

薬局の構造設備の概要書

(薬局)

面 積	薬 局 全 体	調剤（試験室）室	試験室（試験室を別に設置する場合）	医薬品の販売を行う場所
	m ²	一辺の幅 m m ²	一辺の幅 m m ²	m ²
換気の状態	換気扇 その他 ()	換気扇 その他 ()	換気扇 その他 ()	窓 出入口より 通風器 その他 ()
居住場所・不潔な場所 その他の場所との区別	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
天井の材質	板張り コンクリート テックス その他 ()	板張り コンクリート テックス その他 ()	板張り コンクリート テックス その他 ()	板張り コンクリート テックス その他 ()
床の材質	板張り コンクリート その他 ()	板張り コンクリート その他 ()	板張り コンクリート その他 ()	板張り コンクリート その他 ()
明るさ	(蛍) W 個 (普) W 個	(蛍) W 個 (普) W 個	(蛍) W 個 (普) W 個	蛍光灯 W 個 普通電灯 W 個
冷暗貯蔵設備	設置場所 構造 大きさ			
かぎのかかる貯蔵設備	設置場所 構造 大きさ たて よこ 高さ			
設備器具	薬局等構造設備規則第1条第1項第8号に記載する設備器具			
給排水設備	給 水	1. 水 道 2. その他 ()		
	排 水	1. 店舗外に直接排水 2. その他 ()		
熱 源	1. ガ ス 2. その他 ()			
調剤室のガラス等 透明な材質の面積	() の高さの所に、高さ ()、横幅 ()			
調剤台・試験台の大きさ	調剤台 試験台 幅 cm×奥行 cm : 幅 cm×奥行 cm			
一般用医薬品閉鎖時間帯の有無	無 ・ 有 (閉鎖設備の有無 有 ・ 無)			
第一類医薬品の陳列設備の有無	無 ・ 有 (閉鎖設備の有無 有 ・ 無)			
情報提供の設備の数	箇所			
待合室（場所）の有無	無 ・ 有 (m ²)			
医薬品の保管設備 （倉庫等）の有無	無 ・ 有 (m ²)			
厚生労働大臣の指定する検査機 関との試験検査委託契約の有無	名称 無 ・ 有 所在地			
薬局の 名 称	申請者 の氏名		薬局の 所在地	

薬 局 の 平 面 図

薬局の 名 称		申請者 の氏名		薬局の 所在地	
------------	--	------------	--	------------	--

役員の業務分掌表又は組織図

診 断 書

氏 名			
生年月日		年 齡	
上記の者について、下記のとおり診断します。			
1. 精神機能の障害（□にチェックを付けること）			
<input type="checkbox"/> 明らかに該当なし			
<input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要			
（ 専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている 治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載してください。） ）			
2. 麻薬、大麻、あへん、若しくは覚せい剤の中毒者でない。			
診断年月日	平成	年	月 日
病院、診療所又は介護老人保健施設等の			
名 称			
所在地			
電 話 ()			
医師の氏名			印

