様式第一（第一条関係）

手数料納付額	審査印
30,000 円	

薬局開設許可申請書

薬　局　の　名　称	電話（　　）
薬　局　の　所　在　地	
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
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
放射性医薬品の取扱	有　・　無
（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	

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)	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	

薬局において販売し、又は授与する医薬品の区分	□薬局医薬品　□薬局製造販売医薬品　□要指導医薬品 □第 1 類医薬品　□指定第 2 類医薬品　□第 2 類医薬品　□第 3 類医薬品
兼営事業の種類	□毒物劇物販売業　□高度管理医療機器等販売業・貸与業 □麻薬小売業　□その他（　　）
備　考	【次の書類を省略する場合は該当項目に✓、必要事項を記載】 □登記事項証明書　□その他（　　） 名称「　　」の「　　申請/届」に添付の為省略。 令和　年　月　日　水戸市保健所に提出。

上記により、薬局開設の許可を申請します。

令和　　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）

水戸市保健所長　様

担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿

（注意）

1　用紙の大きさは、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　第16条第１項各号に掲げる事項について変更のあつた日から30日以内にこの更新申請書を提出する場合は、当該変更のあつた事項について、変更内容欄に記載すること。また、薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者に変更があつた場合のうち、新た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となつた者がいる場合には、その者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を変更後欄に付記すること。

4　第16条の２第１項各号に掲げる事項についてこの更新申請書を提出する際に変更の予定がある場合は、当該変更の予定がある事項について、変更内容欄に記載すること。

5　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)及び（2）欄にあつてはその理由及び年月日を、(3)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、(4)欄にあつ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。