

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		
薬局の構造設備の概要		
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		
医薬品の販売又は授与を行う体制の概要		
(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
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務に欠格条項を含む。)の氏名	(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)

長崎県知事 殿

(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 薬局の構造設備の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 4 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欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 5 医薬品の販売又は授与を行う体制の概要欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 6 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。
- 7 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。

構造設備の概要（薬局用）

氏名（法人にあっては名称）

薬局の名称

薬局の所在地

【建物の構造等】

建 物	造	看板等設置	有・無	調 剤 室	明 る さ (120ルクス以上)	有・無
換 気 設 備	有・無	住居、不潔な 場所等との区 別	有・無		面 積	m ²
面 積	m ² (調剤室を含 む)	明 る さ (60ルクス以上)	有・無		天 井	造
冷 暗 所	有・無	鍵のかかる貯 蔵 設 備	有・無		床	造
貯蔵設備を 設ける区域 の 別	有・無 該当外				換 気 設 備	有・無
				進 入 防 止 措 置	有・無	

【調剤に必要な設備・器具】

品 目	数 量	品 目	数 量	品 目	数 量	品 目	数 量
液 量 器 (推奨：50cc未満、 50cc以上を各1)		軟膏板		ふるい器		メスフラスコ又は メスシリンダー	
		乳鉢・乳棒（散剤用）		へ ら	金属製		
温度計	100℃	は かり	感 量 10mg	角 製		薬 匙	金属製
水浴			感 量 100mg				メスピペット
調剤台		ビーカー		(ティン・ザブリング等 でも可)		ロート	

【調剤に必要な書籍】

項 目	媒体	名称
日本薬局方・同解説に関するもの	書籍・磁気ディスク	
薬事関係法規に関するもの	書籍・磁気ディスク	
調剤技術等に関するもの	書籍・磁気ディスク	
薬局で取扱う医薬品の添付文書に関するもの	書籍・磁気ディスク	

* 媒体欄は該当するものに○をすること。

【医薬品販売に関する構造設備】

薬局製造販売医薬品、要指導医薬品を販売しない時間帯の有無及び陳列場所等の閉鎖構造	無 ・ 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入） </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入）
<input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入） 		
一般用医薬品を販売しない時間帯の有無及び陳列場所等の閉鎖構造	無 ・ 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入） </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入）
<input type="checkbox"/> シャッター <input type="checkbox"/> パーティション <input type="checkbox"/> チェーン <input type="checkbox"/> その他（下の欄に具体的に記入） 		

情報提供するための設備	カ所 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> 内訳 _____ 階 _____ カ所 _____ 階 _____ カ所 _____ 階 _____ カ所 </td> </tr> </table>	内訳 _____ 階 _____ カ所 _____ 階 _____ カ所 _____ 階 _____ カ所
内訳 _____ 階 _____ カ所 _____ 階 _____ カ所 _____ 階 _____ カ所		
薬局製造販売医薬品の取扱の有無及び陳列設備	無 ・ 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 進入防止措置（要指導医薬品陳列区画） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 進入防止措置（要指導医薬品陳列区画） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備
<input type="checkbox"/> 進入防止措置（要指導医薬品陳列区画） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備		
要指導医薬品の取扱の有無及び陳列設備	無 ・ 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 進入防止措置（要指導医薬品陳列区画） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 進入防止措置（要指導医薬品陳列区画） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備
<input type="checkbox"/> 進入防止措置（要指導医薬品陳列区画） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備		
第一類医薬品の取扱の有無及び陳列設備	無 ・ 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 進入防止措置（第一類医薬品陳列区画） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 進入防止措置（第一類医薬品陳列区画） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備
<input type="checkbox"/> 進入防止措置（第一類医薬品陳列区画） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備 <input type="checkbox"/> 直接手の触れられない陳列設備		
指定第二类医薬品の取扱の有無及び陳列設備	無 ・ 有 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 情報提供設備から7m以内 <input type="checkbox"/> 進入防止措置（指定第二类医薬品陳列設備から1.2m以内） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備 </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 情報提供設備から7m以内 <input type="checkbox"/> 進入防止措置（指定第二类医薬品陳列設備から1.2m以内） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備
<input type="checkbox"/> 情報提供設備から7m以内 <input type="checkbox"/> 進入防止措置（指定第二类医薬品陳列設備から1.2m以内） <input type="checkbox"/> かぎをかけた陳列設備		

【その他】

販売等する医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 薬局医薬品（薬局製造販売医薬品を除く。） <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二类医薬品 <input type="checkbox"/> 第二类医薬品（指定第二类医薬品を除く。） <input type="checkbox"/> 第三類医薬品 <input type="checkbox"/> 医薬品の販売業は併せ行わない		
一日平均取扱処方箋数	枚	放射性医薬品の取扱い	無 ・ 有
兼営事業の種類			

* 「無・有」については該当するものに○をつけ、有の場合はその内容を記入すること。

* については、該当するものにレ点をつけること。

【無菌調剤室提供薬局の無菌調剤室の共同利用】

無菌調剤室	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 自らの薬局のみで使用 <input type="checkbox"/> 他薬局の調剤に従事する薬剤師にも使用させる
他薬局の無菌調剤室の利用	無 ・ 有	利用薬局の名称
		利用薬局所在地

* 無菌調剤室の「無・有」については、自らの薬局で保有している場合は「有」に○をつけ、当該無菌調剤室を自らの薬局のみで使用しているか、他薬局の調剤に従事する薬剤師にも使用させるか、どちらか該当するものにレ点をつけること。

* 他薬局の無菌調剤室の利用の「無・有」については、無菌調剤室を有しない薬局が他薬局の無菌調剤室を共同利用する場合は「有」に○をつけ、無菌調剤室を共同利用させてもらう薬局（無菌調剤室提供薬局）の名称及び所在地を次に記入すること。

業務体制の概要（薬局）

薬局の名称

【通常の営業時間等】

週当たりの営業時間等		
薬局の開店時間	①	時間
一般用医薬品又は要指導医薬品（以下、一般用医薬品等）販売時間	②	時間
第一類医薬品又は要指導医薬品（以下、第一類医薬品等）販売時間	③	時間
情報提供するための設備	④	カ所

【通常の調剤及び一般用医薬品等の販売等に従事する薬剤師及び登録販売者の勤務状況】

	調剤に従事する勤務時間数 （週当たり）	一般用医薬品等の販売に従事する 勤務時間数（週当たり）	第一類医薬品等の販売に従事する 勤務時間数（週当たり）
薬剤師			
登録販売者			
総和	⑤ 時間	⑥ 時間	⑦ 時間

【体制省令への適合状況】 * 時間数は、週当たりの時間数の総和とする。

調剤に従事する薬剤師の勤務時間数	⑤	≥	①	薬局の開店時間	(体制省令第 1 条第 1 項第 6 号)		
一般用医薬品等販売に従事する専門家の勤務時間数	⑥	=	[]	≥	②	一般用医薬品等販売時間	(体制省令第 1 条第 1 項第 10 号)
情報提供設備の数	④						
<p>※なお、一般用医薬品の特定販売を行う薬局にあっては、その開店時間の 1 週間の総和が 30 時間以上であり、そのうち、深夜（午後 10 時から午前 5 時まで）以外の開店時間の 1 週間の総和が 15 時間以上であることを目安とする。</p>							
第一類医薬品等販売に従事する薬剤師の勤務時間数	⑦	=	[]	≥	③	第一類医薬品等販売時間数	(体制省令第 1 条第 1 項第 11 号)
情報提供設備の数	④						

* 体制省令：薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令

* 時間数は、週当たりの時間数の総和とする。

【薬局開設者の講じなければならない措置】

調剤の業務に係る医療の安全を確保するための指針（体制省令第 1 条第 1 項第 12 号）	無 ・ 有
調剤された薬剤を販売授与する場合の情報提供その他の調剤の業務（調剤のために使用される医薬品の貯蔵に関する業務を含む。）に係る適正な管理を確保するための指針（体制省令第 1 条第 1 項第 13 号）	無 ・ 有
薬局医薬品、要指導医薬品、一般用医薬品に関する情報提供等その他の医薬品の販売授与の業務（医薬品の貯蔵及び要指導医薬品又は一般用医薬品を販売し、又は授与する開店時間以外の時間における対応に関する業務を含む。）に係る適正な管理を確保するための指針（体制省令第 1 条第 1 項第 14 号）	無 ・ 有
医薬品の安全使用のための責任者の設置（体制省令第 1 条第 2 項第 1 号）	無 ・ 有
従事者から薬局開設者への事故報告の体制（体制省令第 1 条第 2 項第 2 号）	無 ・ 有
医薬品の貯蔵設備を設ける区域に立ち入ることができる者の特定（体制省令第 1 条第 2 項第 3 号）	無 ・ 有 ・ 該当外
医薬品の安全使用並びに調剤された薬剤及び医薬品の情報提供及び指導のための業務に関する手	無 ・ 有

順書（体制省令第 1 条第 2 項第 4 号）	
調剤及び医薬品の販売又は授与の業務に係る適正な管理のための業務に関する手順書（体制省令第 1 条第 2 項第 5 号）	無 ・ 有
（薬剤師不在時間がある場合）薬剤師不在時間における薬局の適正な管理のための業務に関する手順書（体制省令第 1 条第 2 項第 6 号）	無 ・ 有 ・ 該当外
医薬品の安全使用並びに調剤された薬剤及び医薬品の情報提供及び指導のために必要となる情報の収集その他調剤の業務に係る医療の安全及び適正な管理並びに医薬品の販売又は授与の業務に係る適正な管理の確保を目的とした改善のための方策の実施（体制省令第 1 条第 2 項第 7 号）	無 ・ 有

* 体制省令：薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令

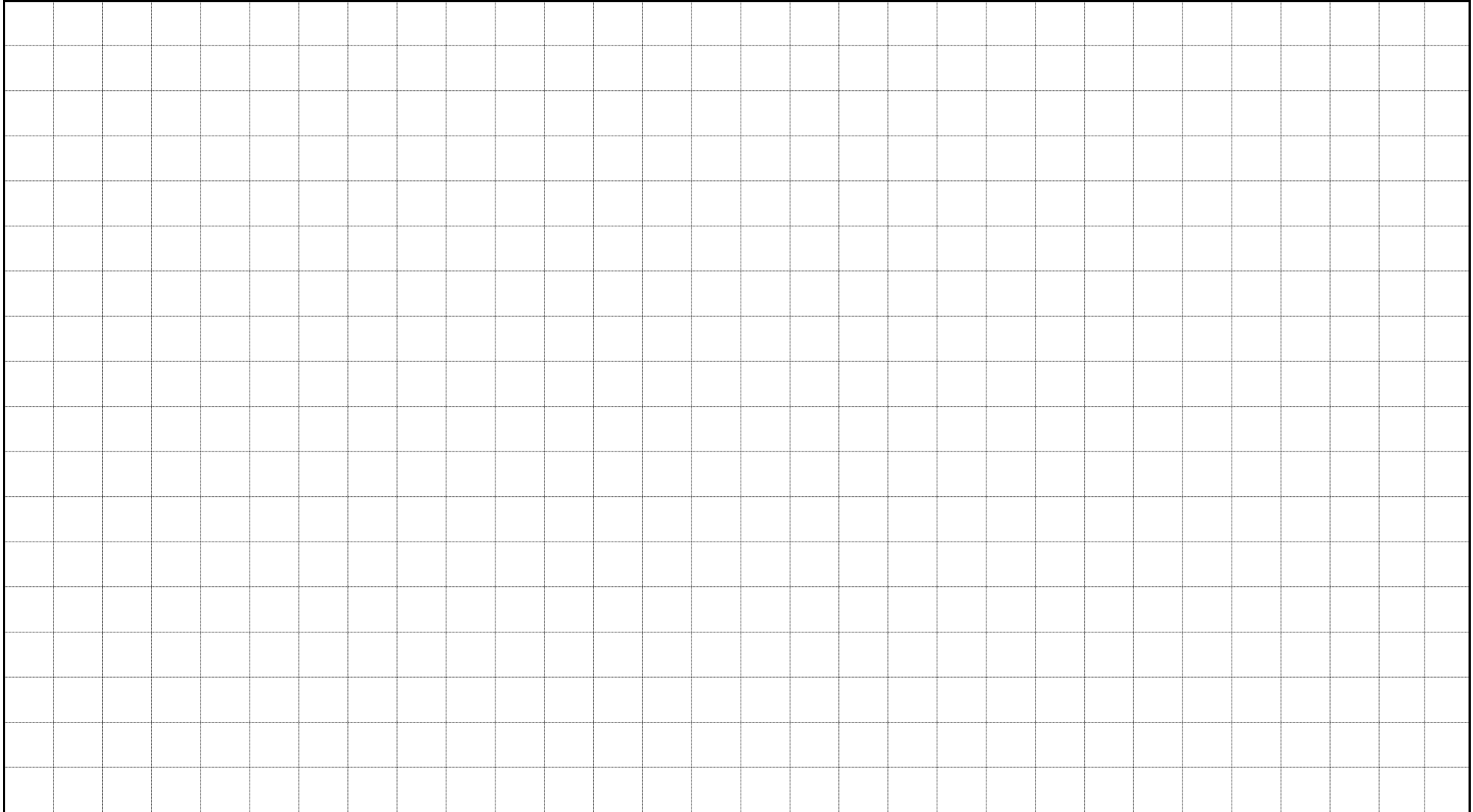
店舗の平面図

様式66

医療機器関係の場合 [管理医療機器等の貯蔵・陳列場所、出入口、窓、住居等との区画、店舗の実測の寸法 (メートル)]

薬局、医薬品販売業の場合 [調剤室等、毒薬保管庫、冷暗所、給排水設備、出入口、窓、待合室、便所、倉庫、控室等の設置場所、

実寸の寸法 (メートル)]



付 近 の 見 取 り 図 (交通機関の下車駅、曲り角等、主な目標を記入すること)

様式67

名 称

所 在 地

電 話

()



薬剤師及び登録販売者一覧

例示3

【A】	種 別	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（店舗管理者）		
		<input type="checkbox"/> その他薬剤師 <input type="checkbox"/> その他登録販売者 <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者		
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（※薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（ ）	時間	
【B】	種 別	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（店舗管理者）		
		<input type="checkbox"/> その他薬剤師 <input type="checkbox"/> その他登録販売者 <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者		
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（※薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（ ）	時間	
【C】	種 別	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（店舗管理者）		
		<input type="checkbox"/> その他薬剤師 <input type="checkbox"/> その他登録販売者 <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者		
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（※薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（ ）	時間	
【D】	種 別	<input type="checkbox"/> 管理薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（店舗管理者）		
		<input type="checkbox"/> その他薬剤師 <input type="checkbox"/> その他登録販売者 <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者		
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（※薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（ ）	時間	

特定販売の概要（薬局）

店舗の名称 _____

特定販売を行う際に使用する通信手段	<input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> その他（ ）
特定販売を行う医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第二類医薬品（指定第二類医薬品を除く。） <input type="checkbox"/> 第三類医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品（毒薬及び劇薬であるものを除く。）
特定販売を行う時間及び営業時間のうち特定販売のみを行う時間	無 ・ 有 （ ）
略称等	無 ・ 有 （ ）
主たるホームページアドレス及び主たるホームページの構成の概要	別紙のとおり
長崎県が特定販売の監督を行うために必要な設備	<input type="checkbox"/> デジタルカメラ <input type="checkbox"/> インターネットに接続されたパソコン <input type="checkbox"/> 薬局に固定された電話機 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※ なお、当該薬局の営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合に限る。

* 「無・有」については該当するものに○をつけ、有の場合はその内容を記入すること。

* □については、該当するものをレ点をつけること。

* 主たるホームページの構成の概要については、ホームページでの医薬品の表示内容や表示すべき事項の表示の状況等が分かるようなホームページのイメージ等の書類を添付すること。カタログ等を用いて特定販売を行う場合においても、同様にその概要がわかる資料を添付すること。

雇用契約書

雇用者住所

氏名

被雇用者住所

氏名

雇用者（以下甲と称す）被雇用者（以下乙と称す）は、下記条件により雇用契約を締結する。

1. 甲は乙を甲の店舗の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に規定する（管理薬剤師（登録販売者）・その他の薬剤師・その他の登録販売者・再生医療等製品営業所管理者）として（調剤・医薬品の販売）に従事させるものとする。
2. 乙は次により甲の店舗の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に規定する（管理薬剤師（登録販売者）・その他の薬剤師・その他の登録販売者・再生医療等製品営業所管理者）として勤務する。

① 勤務時間 午前 時 分から午後 時 分まで
（週当たり勤務時間数： 時間）

② 休日

③ 給与 給料 月給 円 手当 円
賞与 円 その他 円

④ 勤務する薬局・店舗等（勤務箇所が複数ある場合はそれぞれについて記載）

薬局・店舗等名称：

薬局・店舗等所在地：

3. 乙は甲が行政機関に届け出た店舗以外の他の場所において薬事に関する業務に従事しないものとする。

4. 甲及び乙はこの契約の成立を証するため、各一通を保有する。

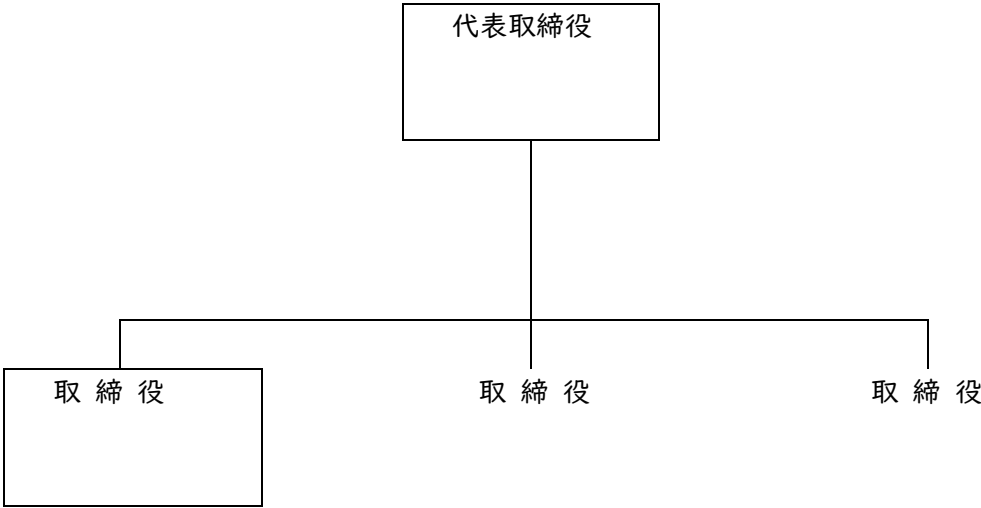
年 月 日

甲 氏名

乙 氏名

組 織 規 定 図

薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名



内が薬事に関する業務に責任を有する役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

証 明 書

役職名

住 所

氏 名

上記の者が次のとおり業務に従事することを証します。

年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

記

1 業務内容

2 業務従事時間 時 分 ~ 時 分

3 休 日

4 業務従事場所 薬局・店舗・営業所の名称

薬局・店舗・営業所の所在地