

様式第1（第1条関係）

薬局開設許可申請書

薬局の名称		
薬局の所在地	〒 ー 北九州市 区	TEL ー
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（※薬局外で当該薬局業務を行う場合に限る） ・ 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、主たる事務所の所在地） 〒 ー TEL

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

北九州市長様

薬局の構造設備の概要

薬局の名称										
薬局の平面図										
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%; padding: 5px;">※要指導医薬品及び一般用医薬品 情報提供場所の数</td> <td style="width: 5%; padding: 5px;">箇所</td> <td style="width: 60%; padding: 5px;">〔内訳：要指導医薬品及び第一類医薬品用 _____ 箇所(重複可)〕</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">※面積</td> <td style="padding: 5px;">m²</td> <td style="padding: 5px;">〔内訳：調剤室 _____ m² 待合所・医薬品売場 _____ m² 医薬品倉庫 _____ m²〕</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">※無菌調剤室共同利用(有・無)</td> <td style="padding: 5px;">有の場合、提供施設名称・所在地</td> <td style="padding: 5px;">〔名称： _____ 所在地： _____〕</td> </tr> </table>		※要指導医薬品及び一般用医薬品 情報提供場所の数	箇所	〔内訳：要指導医薬品及び第一類医薬品用 _____ 箇所(重複可)〕	※面積	m ²	〔内訳：調剤室 _____ m ² 待合所・医薬品売場 _____ m ² 医薬品倉庫 _____ m ² 〕	※無菌調剤室共同利用(有・無)	有の場合、提供施設名称・所在地	〔名称： _____ 所在地： _____〕
※要指導医薬品及び一般用医薬品 情報提供場所の数	箇所	〔内訳：要指導医薬品及び第一類医薬品用 _____ 箇所(重複可)〕								
※面積	m ²	〔内訳：調剤室 _____ m ² 待合所・医薬品売場 _____ m ² 医薬品倉庫 _____ m ² 〕								
※無菌調剤室共同利用(有・無)	有の場合、提供施設名称・所在地	〔名称： _____ 所在地： _____〕								

※以下の設備等の位置を明示すること

- ・ 情報提供設備 ・ 冷暗貯蔵設備 ・ かぎのかかる貯蔵設備 ・ 調剤台 ・ 給排水設備
- ・ 医薬品の陳列、貯蔵設備 ・ 医療機器の陳列、貯蔵設備
- ・ 要指導医薬品、第一類医薬品及び指定第二类医薬品を取り扱う場合は当該陳列、貯蔵設備

薬局の管理者及びその他資格者

薬 局 の 名 称					
管 理 者	フリガナ名 氏				
	住 所				
	週当たり勤務時間数	時間		分	
	種 別	<input type="checkbox"/> 薬 剤 師 (調 剤 ・ 販 売)		<input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	登 録 年 月 日 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
そ の 他 の 従 事 者	フリガナ名 氏				
	住 所				
	週当たり勤務時間数	時間		分	
	種 別	<input type="checkbox"/> 薬 剤 師 (調 剤 ・ 販 売)		<input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	登 録 年 月 日 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
そ の 他 の 従 事 者	フリガナ名 氏				
	住 所				
	週当たり勤務時間数	時間		分	
	種 別	<input type="checkbox"/> 薬 剤 師 (調 剤 ・ 販 売)		<input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	登 録 年 月 日 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
そ の 他 の 従 事 者	フリガナ名 氏				
	住 所				
	週当たり勤務時間数	時間		分	
	種 別	<input type="checkbox"/> 薬 剤 師 (調 剤 ・ 販 売)		<input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	登 録 年 月 日 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日
そ の 他 の 従 事 者	フリガナ名 氏				
	住 所				
	週当たり勤務時間数	時間		分	
	種 別	<input type="checkbox"/> 薬 剤 師 (調 剤 ・ 販 売)		<input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	登 録 年 月 日 生 年 月 日	年 月 日	年 月 日

<p>薬局において販売、授与する医薬品の区分</p>	<p><input type="checkbox"/> 薬局医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 (薬局製造販売医薬品を除く)</p> <p><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)</p> <p><input type="checkbox"/> 第三類医薬品</p>
<p>開店時間 (週当たり時間数)</p>	<p>開店時間の 1 週間の総和 _____ 時間 分 開店時間における</p> <p>・ 要指導医薬品又は一般用医薬品の販売時間の 1 週間の総和 _____ 時間 分 ・ 要指導医薬品又は第一類医薬品の販売時間の 1 週間の総和 _____ 時間 分 ・ 要指導医薬品の販売時間の 1 週間の総和 _____ 時間 分 ・ 第一類医薬品の販売時間の 1 週間の総和 _____ 時間 分</p>
<p>各従事者の勤務時間の合計 (週当たり時間数)</p>	<p>調剤を行う薬剤師 _____ 時間 分 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売又は授与する資格者 _____ 時間 分 上記のうち、要指導医薬品又は第一類医薬品を販売又は授与する資格者 _____ 時間 分</p>
<p>一日平均取扱処方箋数</p>	
<p>放射性医薬品の取扱い</p>	<p><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類： 設備の概要：</p>
<p>兼営事業の種類</p>	<p><input type="checkbox"/> 高度管理医療機器（販売業・貸与業） <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造業・製造販売業 <input type="checkbox"/> 麻薬小売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物（一般・特定・農業）販売業 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし</p>
<p>管理医療機器等 販売業及び貸与業</p>	<p>【みなし届出の別（施行令第 49 条関係）】 <input type="checkbox"/> 販売業を行う <input type="checkbox"/> 貸与業を行う <input type="checkbox"/> 販売貸与業を行う <input type="checkbox"/> 別段の申し出を行う</p> <p>【取り扱う医療機器の種類】 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 電気治療器 <input type="checkbox"/> プログラム <input type="checkbox"/> 検体検査室用 <input type="checkbox"/> 上記以外の特定管理医療機器 <input type="checkbox"/> 家庭用</p> <p>【薬局の管理者と管理医療機器の管理者が異なる場合】 管理者氏名 _____ 住所 _____ 資格 _____</p> <p>【特記事項】 <input type="checkbox"/> 高度申請済 <input type="checkbox"/> 管理届出済 <input type="checkbox"/> 一般医療機器のみ</p>
<p>備 考</p>	

別段の申出書

許 可 番 号	第	号	許 可 年 月 日	年	月	日
薬局、店舗又は 営業所の名称						
薬局、店舗又は 営業所の所在地	北九州市 区					
<p>管理医療機器の販売業及び貸与業に係る届出を行ったものとみなされることについて別段の申出を届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）</p> <p>氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）</p> <p>北九州市長 様</p>						

薬剤師不在時間に関する事項

一日当たりの 薬剤師不在時間	
管理薬剤師が当該薬局の 従事者に連絡ができる体制	
調剤を行う必要が生じた 場合に講じる措置	
備考	

雇 用 契 約 書 (薬剂师用)

年 月 日

雇 用 者 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)

印

被雇用者 住 所

氏 名

印

雇用者 (以下「甲」という。) と被雇用者 (以下「乙」という。) は、次の条件により雇用契約を締結する。

- 1 甲は乙を甲の薬局又は店舗の医薬品、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 (店舗管理者 ・ その他の薬剂师) として、 (調剂 ・ 販売) に従事させる。
- 1 乙が管理者の場合は、乙が管理者として従事する甲の薬局又は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。
- 1 乙は甲の薬局又は店舗において、毎日
午前 時 分から午後 時 分まで勤務する。
ただし、 () は休日とする。
- 1 甲は乙に対し、次の条件により賃金を支払う。

賃金形態	月給・日給・時間給・その他	備 考	
基本給 _____ 円	その他の手当 等付記事項		
手当(定額) _____ 円			
計 _____ 円			
通勤手当	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>		

- 1 甲及び乙はこの契約の成立を証するため、記名捺印の上各一通を所持する。

雇用契約書 (登録販売者用)

年 月 日

雇用者 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)

印

被雇用者 住所

氏 名

印

雇用者 (以下「甲」という。) と被雇用者 (以下「乙」という。) は、次の条件により雇用契約を締結する。

- 1 甲は乙を甲の薬局又は店舗の医薬品、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 (店舗管理者・その他の従事者) として、医薬品の販売に従事させる。
- 1 乙が店舗管理者の場合は、乙が管理者として従事する甲の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。
- 1 乙は甲の薬局又は店舗において、毎日
午前 時 分から午後 時 分まで勤務する。
ただし、() は休日とする。
- 1 甲は乙に対し、次の条件により賃金を支払う。

賃金形態	月給・日給・時間給・その他		備 考	
基本給	円	その他の手当 等付記事項		
手当(定額)	円			
計	円			
通勤手当	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			

- 1 甲及び乙はこの契約の成立を証するため、記名捺印の上各一通を所持する。

使用関係証明書

資格者 住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、次のとおり使用関係にあることを証明します。

- 勤務内容
管理者
(管理者の場合、他の勤務地において薬事に関する業務に従事しない者である。)
管理者以外の従事者
- 資格
薬剤師
登録販売者
その他 ()
- 勤務場所
所在地
名称
- 上記3における勤務時間
週当たり勤務時間数 時間
勤務時間 時から 時まで
休日
- その他

年 月 日

使用者 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)

印