

# 薬局許可申請に必要な書類

(令和6年3月版)

・ 下記の項目を確認し、チェック欄  にチェック  をお願いします。

- ① 薬局開設許可申請書
- ② 管理者及びその他の薬剤師又は登録販売者
- ③ 薬局（店舗）の営業時間及び医薬品の販売状況
- ④ 薬局の平面図（大規模商業施設等内に開設する場合、施設全体の図面も添付）
- ※⑤ 使用関係を証する書類【資格者全員分】
- ※⑥ 薬剤師免許証（原本）、販売従事登録証（原本）【全員分】
- ⑦ 調剤に必要な設備及び器具
- ※⑧ 登記簿謄本（法人のみ）
- ⑨ 業務体制確認票
- ⑩ 業務体制確認票に記載のある各指針の写し
- ⑪ 業務体制確認票に記載のある各手順書の写し
- ⑫ 特定販売を行う場合は、特定販売の概要
- ※⑬ 医師の診断書（申請者が、精神の機能障害により業務を適切に行うことができないおそれがある者である場合）
- ⑭ 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票（任意）
- ⑮ 許可申請手数料 29,200 円（収入証紙） ◎ 収入証紙は県庁・保健所で購入できます。

※ ⑤は、申請者が薬局の管理者となる場合に、管理者の分は不要となります。

※ ⑥，⑧，⑬は省略できる場合があります。

※ ⑭は事業主の任意協力による提出のため、必須ではありません。

・ 薬局調査の希望日があれば、以下にご記入ください。

- 薬局調査希望日

・ 薬局の開設にあたっての確認事項

- 保険指定の件は、九州厚生局に確認済みですか？
- 高度管理医療機器販売業の許可申請は行いますか？  はい  いいえ
- 麻薬小売業の免許申請は行いますか？  はい  いいえ
- 毒物劇物販売業の登録申請は行いますか？  はい  いいえ
- 薬局製造販売医薬品は取り扱いいますか？  はい  いいえ

・ 薬局調査日までに用意しておくもの

- 店内掲示
- 名札等
- 一般用医薬品のリスク区分別陳列等

※ 開設日の前月の20日までには、必ず保健所から薬局許可証が発行されている状態にするため、余裕をもって申請をおこなってください。（保険指定の関係で）

## 保険指定申請窓口

九州厚生局 鹿児島事務所

住所：鹿児島市東郡元町4番1号

鹿児島第二地方合同庁舎3階

電話：099-201-5801

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（法人にあつては、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   |
| 備考                                      | ・添付書類の省略（有 ・ 無） ・情報提供場所数____箇所<br>・省略添付書類名（該当する書類に○をつけてください）<br>（ 登記簿謄本， 資格を証する書類， 使用に関係する書類 ）<br>（ 提出先： 許可番号： 号 ）<br>・規則第15条の10に規定する措置を講ずる必要のある施設で(ある・ない) |  |

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〕

連絡先（ ） ー

鹿児島県知事 殿

## 管 理 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<br>又は販売従事登録番号 | 第 号           | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |

## その他の薬剤師又は登録販売者

|   |                         |               |                           |                   |
|---|-------------------------|---------------|---------------------------|-------------------|
| 1 | 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<br>又は販売従事登録番号 | 第 号           | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 2 | 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<br>又は販売従事登録番号 | 第 号           | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 3 | 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<br>又は販売従事登録番号 | 第 号           | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 4 | 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<br>又は販売従事登録番号 | 第 号           | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |
| 5 | 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<br>又は販売従事登録番号 | 第 号           | 薬剤師名簿登録年月日<br>又は販売従事登録年月日 | 昭和・平成・令和<br>年 月 日 |



様式 1

|   |  |
|---|--|
| 店 舗 の 名 称   |  |
| 薬 局 (店 舗) の 平 面 図   |  |
| <p>下記の項目に留意して記入すること。【 】内の略号を用いてもよい。</p> <p><input type="checkbox"/> 許可対象の区域を赤で囲む</p> <p><input type="checkbox"/> 冷暗所, 毒薬棚, 調剤室, 試験室等の設備状況及び寸法(室ごとに面積を記入)</p> <p><input type="checkbox"/> 情報提供を行う場所【<b>情</b>】</p> <p><input type="checkbox"/> 要指導医薬品陳列区画【<b>要</b>】, 第1類医薬品陳列区画【<b>①</b>】及び<br/>指定第2類医薬品陳列区画【<b>②</b>】</p> <p><input type="checkbox"/> 医薬品売場の閉鎖方法及び専門家不在時の表示板設置箇所【<b>表</b>】</p> |  |
|    |  |

## 調剤及び試験検査に必要な設備及び器具

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| 種 別             | 店 舗 の 名 称 |
| 薬 局<br>薬局医薬品製造業 |           |

| No. | 品 目                             | 数 量 | No. | 品 目                          | 数 量 |
|-----|---------------------------------|-----|-----|------------------------------|-----|
| ○ 1 | 液量器                             |     | ○16 | ふるい器                         |     |
|     |                                 |     | △17 | ブンゼンバーナー又はアルコールランプ           |     |
| ○ 2 | 温度計 (100 度)                     |     | ○18 | へら (金属製のもの及び角製又はこれに類するもの)    |     |
| △ 3 | 顕微鏡, ルーペ又は粉末X線回折装置              |     | △19 | 崩壊度試験器                       |     |
| ▲ 4 | 試験検査台                           |     | ○20 | メスピペット                       |     |
| ○ 5 | 水浴                              |     | ○21 | メスフラスコ又はメスシリンダー              |     |
| ○ 6 | 調剤台                             |     |     |                              |     |
| △ 7 | デシケータ                           |     | ○22 | 薬匙 (金属製のもの及び角製又はこれらに類するもの)   |     |
| ○ 8 | 軟こう板                            |     | △23 | 融点測定器                        |     |
| ○ 9 | 乳鉢 (散剤用のもの) 及び乳棒                |     | ○24 | ロート                          |     |
| △10 | はかり (感量 1mg のもの)                |     | ○25 | 調剤に必要な書籍 (調剤技術及び添付文書等に関するもの) |     |
| ○11 | はかり (感量 10mg のもの及び感量 100mg のもの) |     |     |                              |     |
| △12 | 薄層クロマトグラフ装置                     |     | △26 | 試験検査に必要な書籍                   |     |
| ○13 | ビーカー                            |     |     |                              |     |
| △14 | 比重計又は振動式密度計                     |     |     |                              |     |
| △15 | pH計                             |     |     |                              |     |

○については、薬局開設者が調剤に必要な設備及び器具 (ただし、No. 26 以外は代替品も可)

△については、薬局医薬品製造業者が試験検査に必要な設備及び器具

▲については、薬局医薬品製造業者が調剤台を試験検査台として用いる場合であって、試験検査及び調剤の双方に支障がないと認められるときは省略できる。

△にアンダーラインのついているものは、薬局医薬品製造業者が厚生大臣の指定した試験検査機関を利用して自己の責任において試験検査を行う場合であって、支障がなく、かつ、やむを得ないと認められるときは省略できる。

## 使用関係を証する書類

下記のとおり、使用関係にあることを証します。

記

1 勤務する薬局，製造所，営業所又は店舗

- ・名称：
- ・所在地：
- ・連絡先(TEL)：

2 勤務時間等

- ・週当りの勤務時間： \_\_\_\_\_ 時間

※週当たりの勤務時間は、通常の勤務における時間を記入すること。

- ・勤務形態（勤務日時やシフト勤務等を記載すること）

( )

3 業務（下記の該当項目を○で囲むこと）

- ・管理者（薬剤師・登録販売者・その他（ ））
- ・その他の薬剤師（常勤・非常勤・派遣）
- ・その他の登録販売者（常勤・非常勤・派遣）
- ・高度管理医療機器販売業・貸与業管理者
- ・医療機器修理業責任技術者
- ・再生医療等製品販売業管理者
- ・医薬品の販売に従事する者（販売従事登録申請用）

年 月 日

使用者 住所  
〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕

氏名  
〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕

〒

被使用者 住所

氏名

# 診 断 書

氏 名

生年月日 年 月 日

精神機能の障害（□にチェックを付けること）

- 明らかに該当なし
- 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下さい）。

[ ]

麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒（□にチェックを付けること）。

- なし
- あり

上記のとおり診断します。

年 月 日

病院等の名 称

所在地

医師の氏名



## 薬局（店舗）における業務体制確認票（No. 1）

薬局（店舗）の名称 \_\_\_\_\_

|   |              |      |
|---|--------------|------|
| 1日平均取扱処方箋枚数   | <u>※薬局のみ</u> | 枚    |
| 調剤に従事する薬剤師の員数 _____人 $\geq$ 1日平均取扱処方箋数 / 40 _____人 <span style="float: right;"><u>※薬局のみ</u></span><br>* 薬剤師の員数は、週32時間を以て1人に換算する。それ以上の時間を勤務する場合も1人とする。<br>また、人数の算定は、小数第2位を切り捨てて、第1位まで記入。 |              |      |
| 薬局（店舗）の開店時間<br>* 薬局（店舗）の開店時間（営業時間のうち特定販売のみを行う時間を除いた時間）  | ①            | 時間   |
| 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間  | ②            | 時間   |
| 要指導医薬品又は第1類医薬品を販売等する開店時間  | ③            | 時間   |
| 調剤に従事する薬剤師の勤務時間数  | <u>※薬局のみ</u> | ④ 時間 |
| 要指導医薬品又は一般用医薬品の販売等に従事する薬剤師及び登録販売者の勤務時間数   | ⑤            | 時間   |
| 要指導医薬品又は第1類医薬品の販売等に従事する薬剤師の勤務時間数  | ⑥            | 時間   |
| 情報提供場所数   | ⑦            | 箇所   |
| 調剤に従事する薬剤師の勤務時間数(④) _____時間 (体制省令第1条第1項第6号)<br>$\geq$ 薬局の開店時間 (①) _____時間 <span style="float: right;"><u>※薬局のみ</u></span>   |              |      |
| 要指導医薬品又は一般用医薬品の販売等に従事する (体制省令第1条第1項第10号, 第2条第1項第4号)<br>薬剤師及び登録販売者の勤務時間数 / 情報提供場所数 (⑤ / ⑦) _____時間<br>$\geq$ 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する開店時間 (②) _____時間  |              |      |
| 要指導医薬品又は第1類医薬品の販売等に従事する (体制省令第1条第1項第11号, 第2条第1項第5号)<br>薬剤師の勤務時間 / 情報提供場所数 (⑥ / ⑦) _____時間<br>$\geq$ 要指導医薬品又は第1類医薬品を販売等する開店時間 (③) _____時間  |              |      |

注：時間数については、「週当たりの時間の総和」をすること。

## 薬局（店舗）における業務体制確認票（No. 2）

薬局（店舗）の名称 \_\_\_\_\_

薬剤師不在時間が有る場合のみ記入【※薬局のみ】

|   |        |
|---|--------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1日当たりの薬剤師不在時間が、4時間又は当該薬局の1日の開店時間の2分の1のうちいずれか短い時間を超えないこと。<br/>(体制省令第1条第1項第7号)</li> </ul>                              | 適 ・ 不適 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤師不在時間内は、薬局の管理を行う薬剤師が、当該薬局において勤務している従事者と連絡ができる体制を備えていること。<br/>(体制省令第1条第1項第8号)</li> </ul>                            | 有 ・ 無  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>薬剤師不在時間内に調剤を行う必要が生じた場合に、近隣の薬局を紹介すること又は調剤に従事する薬剤師が速やかに当該薬局に戻ることその他必要な措置を講じる体制を備えていること。<br/>(体制省令第1条第1項第9号)</li> </ul> | 有 ・ 無  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>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の作成<br/>(体制省令第1条第2項第4号)</li> </ul>   | 有 ・ 無  |

薬局開設者（店舗販売業者）が講じなければならない措置

|  |                 |
|--|-----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>調剤の業務に係る医療の安全を確保するための指針の策定等 (体制省令第1条第1項第12号)<br/><span style="float: right;"><u>※薬局のみ</u></span></li> </ul>   | 有 ・ 無           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>調剤された薬剤を販売又は授与する場合の情報の提供及び指導その他の調剤業務（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の策定等<br/>(体制省令第1条第1項第13号) <span style="float: right;"><u>※薬局のみ</u></span></li> </ul>                                      | 有 ・ 無           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>医薬品を販売又は授与する場合の情報の提供その他の医薬品の販売又は授与の業務（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の策定、従業者に対する研修（特定販売を行う薬局にあっては、特定販売に関する研修を含む。）の実施<br/>(体制省令第1条第1項第14号、第2条第1項第6号)</li> </ul> | 有 ・ 無           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>医薬品の使用に係る安全な管理のための責任者の設置 (体制省令第1条第2項第1号)<br/><span style="float: right;"><u>※薬局のみ</u></span></li> </ul>   | 有 ・ 無           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>従事者から薬局開設者（店舗販売業者）への事故報告の体制の整備<br/>(体制省令第1条第2項第2号、第2条第2項第1号)</li> </ul>   | 有 ・ 無           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>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<br/>(体制省令第1条第2項第3号、第2条第2項第2号)</li> </ul>  | 有 ・ 無<br>貯蔵設備なし |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>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の作成<br/>(体制省令第1条第2項第5号) <span style="float: right;"><u>※薬局のみ</u></span></li> </ul>  | 有 ・ 無           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>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のための業務に関する手順書の作成<br/>(体制省令第1条第2項第6号) <span style="float: right;"><u>※薬局のみ</u></span></li> </ul>   | 有 ・ 無           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>要指導医薬品等の適正販売のための業務に関する手順書の作成<br/>(体制省令第2条第2項第3号) <span style="float: right;"><u>※店舗販売業のみ</u></span></li> </ul>  | 有 ・ 無           |

注：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

# 念 書

このたび、薬局開設の許可(更新)を申請するにあたり、開設者である私(弊社の代表者)が薬剤師でない理由は、下記1のとおりです。

許可(更新)されましたら、下記2の事項について遵守し、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、薬剤師法等の関係法令及び薬局業務運営ガイドラインに従った適正な薬局運営に努めます。

## 記

1

- (1) 開設者(弊社の代表者)が薬剤師でない理由
  - ア 薬局を経営するための資本の大部分を開設者が負担しているから
  - イ 開設者は薬局経営に適しているから
  - ウ 開設者となるに適切な薬剤師がないから
  - エ その他 ( )
- (2) 将来、開設者(弊社の代表者)を薬剤師に変更する計画
  - ア ある 年 月 ごろ
  - イ なし

2

- (1) 薬局の管理者が、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第9条に規定する業務及び薬局業務運営ガイドラインを守るために必要と認めて述べる意見を、十分尊重します。
- (2) 行政や地域薬剤師会等が実施する研修会等には、勤務薬剤師が参加できるように努めるとともに、地域薬剤師会が地域の保健医療の向上のために行う処方せん受け入れ体制の整備等(休日、夜間の受入体制等)の諸活動に積極的に協力します。
- (3) 薬局の業務運営について最終的な責任を負います。

年 月 日

薬局の名称：

薬局の所在地：

開設者の住所 [法人にあっては、主たる事務所の所在地]

開設者の氏名 [法人にあっては、名称及び代表者の氏名]

TEL： ( ) -

鹿児島県知事

殿

様式第一（第一条関係）

薬局開設許可申請書(記載例)

|   |  |  |                           |
|---|--|--|---------------------------|
| 薬局の名称                                   |  | ○▽○薬局  |                           |
| 薬局の所在地                                  |  | 〒890-8577 鹿児島市与次郎一丁目2番3号   |                           |
| 薬局の構造設備の概要                              |  | 別紙のとおり 無菌調剤室共同利用処方箋受付薬局  |                           |
| 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   |                           |
| (法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名           |  | 別紙のとおり   |                           |
| 通常の営業日及び営業時間                            |  | 別紙のとおり   |                           |
| 相談時及び緊急時の連絡先                            |  | 原則として電話番号, 必要に応じてメールアドレス等も記載   |                           |
| 薬剤師不在時間の有無                              |  | 有  | ・ <input type="radio"/> 無 |
| 特定販売の実施の有無                              |  | 有  | ・ <input type="radio"/> 無 |
| 健康サポート薬局である旨の表示の有無                      |  | 有  | ・ <input type="radio"/> 無 |
| 申請者(法人にあつては、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  | 「なし」(複数の時は「全員なし」)         |
|   | (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  | 「なし」(複数の時は「全員なし」)         |
|   | (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                                 | 「なし」(複数の時は「全員なし」)         |
|   | (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 | 「なし」(複数の時は「全員なし」)         |
|   | (5)  | 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者   | 「なし」(複数の時は「全員なし」)         |
|   | (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                         | 「なし」(複数の時は「全員なし」)         |
|   | (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   | 「なし」(複数の時は「全員なし」)         |
| 備考                                      | ・添付書類の省略 ( <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 ) ・情報提供場所数 _____ 箇所<br>・省略添付書類名 (該当する書類に○をつけてください)<br>( <input checked="" type="radio"/> 登記簿謄本, 資格を証する書類, 使用を関係する書類 )<br>( 提出先: 薬務課 許可番号: 1234 号 )<br>・規則第15条の10に規定する措置を講ずる必要のある施設で(ある <input checked="" type="radio"/> ない)<br>無菌調剤室提供薬局: ●●●薬局 所在地: 日置市伊集院町123番 |  |                           |

上記により、店舗販売業の許可を申請します。

令和 3年 8月 1日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

〒890-8577  
鹿児島市鴨池新町○○番△号

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社○▲■  
代表取締役 鹿児島 太郎

連絡先 ( ) -

|   |       |
|---|-------|
| 薬局（店舗）の名称   | ○▽○薬局 |
| <b>薬局（店舗）の平面図</b>   |       |
| <p>下記の項目に留意して記入すること。【 】内の略号を用いてもよい。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 許可対象の区域を赤で囲む <span style="color: red;">※薬局の面積として計算する区域</span></li> <li><input type="checkbox"/> 冷暗所, 毒薬棚, 調剤室, 試験室等の設備状況及び寸法(室ごとに面積を記入)</li> <li><input type="checkbox"/> 情報提供を行う場所【情】</li> <li><input type="checkbox"/> 要指導医薬品陳列区画【要】, 第1類医薬品陳列区画【①】及び指定第2類医薬品陳列区画【②】</li> <li><input type="checkbox"/> 医薬品売場の閉鎖方法及び専門家不在時の表示板設置箇所【表】</li> </ul> |       |
|   |       |