

県様式第11 (薬局開設許可 別紙)

薬局の 管理者	氏名	(生年月日 年 月 日)		
	住所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師		
	薬剤師名簿登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日	年 月 日
一日平均取扱処方箋数	枚			
兼営事業の種類	卸売販売業 ・ 高度管理医療機器等販売業及び貸与業 管理医療機器販売業及び貸与業 ・ 毒物劇物 () 販売業 麻薬小売業			
薬局において販売・授与する 医薬品の区分を記載した書類	薬局医薬品(薬局製造販売医薬品を除く。)・ 薬局製造販売医薬品 ^{※1} ・ 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(指定第2類医薬品を除く。) ・ 第3類医薬品			
特 定 販 売 の 概 要	特定販売の実施の有無	有 ・ 無		
	特定販売を行う際に 使用する通信手段	電話 ・ FAX ・ インターネット (電子メール) ・ その他 ()		
	特定販売を行う 医薬品の区分	薬局製造販売医薬品 (毒薬及び劇薬であるものを除く。) ^{※1} ・ 第1類医薬品 ・ 指定第2類医薬品 ・ 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く。) ・ 第3類医薬品		
	特定販売を行う時間			
	営業時間のうち特定販売の みを行う時間	有 (時間:) ・ 無		
	特定販売を行うことについての広告に、 申請書に記載する薬局の名称と異なる 名称を表示するときは、その名称	有 (名称:) ・ 無		
	インターネットを 利用して広告を行う主たる ホームページのアドレス ^{※2}	有* (アドレス:) ・ 無		
		*パスワード: 有 () ・ 無		
	主たるホームページの 構成の概要 ^{※3}	別紙のとおり		
	特定販売の実施方法に 関する適切な監督を 行うために必要な設備 (特定販売のみを行う 時間がある場合に限る。)	デジタルカメラ ^{※4}	有 ・ 無	
パーソナルコンピューター 及びインターネット回線 ^{※4}		有 ・ 無 (メールアドレス:)		
電話機及び 電話回線 ^{※4}		有 ・ 無 (電話番号:)		

※1 薬局製剤製造販売業・製造業許可を受けている場合に限る。

※2 ・実際に医薬品の販売を行っているサイトのアドレスを記載すること。

- ・一つの薬局が複数のホームページを開設している場合には、それらの全ての主たるホームページアドレス又はそれら全てのホームページへのリンクをまとめたホームページのアドレスを記載すること。
- ・複数の薬局をまとめた代表のページを開設している場合は、代表のページではなく、各薬局のページのアドレスを記載すること。

※3 ・カタログ等を用いて特定販売を行う場合は、その概要がわかる資料を提出すること。

- ・一つの薬局が複数のホームページを開設している場合には、それらの全てについて関連する資料を提出すること。

※4 これらの設備と同等の機能を有するものでも可 (例: スマートフォン、カメラ付携帯電話等)

(薬局開設許可 別紙 つづき)

その他の 薬剤師 又は登録 販売者	ふ 氏 り が な 名	(生年月日 年 月 日)		
	住 所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	ふ 氏 り が な 名	(生年月日 年 月 日)		
	住 所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	ふ 氏 り が な 名	(生年月日 年 月 日)		
	住 所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	ふ 氏 り が な 名	(生年月日 年 月 日)		
	住 所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	ふ 氏 り が な 名	(生年月日 年 月 日)		
	住 所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)

※1 登録販売者である場合に限る。