

地域連携薬局認定申請書			
許可番号及び年月日	北保第〇〇〇〇号 令和〇年〇月〇日		
薬局の名称	〇〇薬局		
薬局の所在地	〇〇市〇〇町〇〇番地〇〇号		
利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要	別紙のとおり		
利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する体制の概要	別紙のとおり		
地域の患者に対し安定的に薬剤を供給するための体制の概要	別紙のとおり		
居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導を行う体制の概要	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	〇〇 〇〇、〇〇 〇〇、〇〇 〇〇		
申請者(法人にあつては、業務に責任を有する役員を含む。)の欠格事由	(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	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	全員なし
	(3)	法第75条第4項又は第5項の規定によりその受けた認定を取り消され、その取消しの日から3年を経過していない者	全員なし
	(4)	拘禁刑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	全員なし
	(5)	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	全員なし
	(6)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	全員なし
	(7)	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	全員なし
	(8)	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	全員なし
備考			

上記により、地域連携薬局の認定を申請します。

令和〇年〇〇月〇〇日

申請書提出日(投函日)を記入

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地) 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号

氏名(法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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 利用者の心身の状況に配慮する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 利用者の薬剤及び医薬品の使用に関する情報を他の医療提供施設と共有する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 地域の患者に対し安定的に薬剤を供給するための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 居宅等における調剤並びに情報の提供及び薬学的知見に基づく指導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。
- 7 申請者の欠格事由については、当該事実がないときは、「なし」と記載し、あるときは、(1)、(2)及び(3)欄にあつてはその理由及び年月日を、(4)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、(5)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、(7)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係る医師の診断書を添付すること。