

地 域 連 携 薬 局 認 定 申 請 書

|                                                                                                                                                                      |     |                                                                                                                                                     |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 許 可 番 号 及 び 年 月 日                                                                                                                                                    |     | 第XXXX号    XX年XX月XX日                                                                                                                                 |      |
| 薬 局 の 名 称                                                                                                                                                            |     | XXXX 薬局                                                                                                                                             |      |
| 薬 局 の 所 在 地                                                                                                                                                          |     | XX市XX町XX丁目X番X号                                                                                                                                      |      |
| 利用者の心身の状況に配慮する<br>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<br>使用に関する情報を他の<br>の 医 療 提 供 施 設 と 共 有 す<br>る 体 制 の 概 要                                                                                                  |     | 別紙のとおり                                                                                                                                              |      |
| 地域の患者に対し安定的<br>に 薬 剤 を 供 給 す る た め の<br>体 制 の 概 要                                                                                                                    |     | 別紙のとおり                                                                                                                                              |      |
| 居 宅 等 に お け る 調 剤<br>並 び に 情 報 の 提 供 及 び 薬<br>学 的 知 見 に 基 づ く 指 導 を<br>行 う 体 制 の 概 要                                                                                 |     | 別紙のとおり                                                                                                                                              |      |
| ( 法 人 に あ つ て は )<br>薬 事 に 関 す る 業 務 に<br>責 任 を 有 す る 役 員 の 氏 名                                                                                                      |     | 愛媛 一郎<br>愛媛 太郎<br>松山 花子                                                                                                                             |      |
| 申 務<br>請 者<br>法 人<br>に<br>あ<br>つ<br>て<br>は<br>、<br>薬<br>事<br>に<br>関<br>す<br>る<br>業<br>務<br>に<br>責<br>任<br>を<br>有<br>す<br>る<br>役<br>員<br>を<br>含<br>む<br>。 ) 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<br>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<br>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<br>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) | 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を<br>受 け る こ と が な く な っ 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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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<br>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。

XX年 XX月 XX日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) XX市XX町XX丁目X番X号

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社XXXX  
代表取締役 愛媛一郎

愛媛県知事 殿  
(愛媛県 保健所長 殿)

(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。