相談区分（○で囲むこと）「新規・移転・開設者交代・組織変更」

提 出 日　　　年　　月　　日

提出者氏名

連絡先（勤務先）　　　　　　　　　　　　　 ℡　　　　（　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 予定されている薬局の名称 | 　　　　　　　　　 |
| 2. 薬局の開設予定地 |  |
| 3. (1) 開設者氏名（法人の場合は法人名）: |
|  (2) 法人開設の場合は代表者の役職・氏名: |
| (3) 開設者の薬局経営以外の職業： |
|  (4) 管理薬剤師名 |  | 保険薬剤師登録番号：　　薬 |
| 4. 開設許可の時期 | (1) 開設済み（令和　　　年　　　月　　日） | (2) 開設予定（令和　　　年　　　月　　　日） |
|  5．保険薬局指定年月日（希望日）　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 6. 薬局の予定される業務（該当事項に○印） | 1. 調剤　　　　②　医薬品販売　　　③　医薬品（医薬部外品）販売

④　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 7. 開設予定地の状況（周辺図・建物配置図・平面図を添付すること）　①　　　　階建　　ア．薬局の位置　　　　　　　階　　　　　　　イ.薬局の面積　　　　　　　㎡　②　入居状況（店舗数・業態を記入すること　例　１階　3店舗　薬局、八百屋、美容院）　　　１階　　　店舗　業態　　　２階　　　店舗　業態　　　３階以上の状況 |
| 8. 相談区分が**交代**・**組織変更**の場合は(1)～(4)を、**移転**の場合は(1)～(5)を、**現在**の薬局の状況について記入すること |
|  (1) 薬局名 |  | 薬局コード |  |
| (2)開設者氏名（法人の場合は法人名）:法人開設の場合は代表者の役職・氏名: |
|  (3) 管理薬剤師 |  | (4)廃止予定日：令和　　年　　月　　日 |
|  (5) 所在地 |  | 移転距離　　　 km |
| ※移転前後の距離が2ｋｍ以内であることを確認出来る地図を添付すること |
| 　9. 土地・建物について①　開設予定地の不動産所有権関係（該当項目を○で囲むこと）　　ア．開設者の所有　（土地／　開設者個人名義　・　法人名義　）　　　　　　　　　　　（建物／　開設者個人名義　・　法人名義　）イ．開設者の配偶者が所有（土地・建物）　　　　　　（配偶者の職業：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）賃貸借契約書　有　・　無　　ウ．開設者の親族が所有（土地・建物）　　　　住所　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄　　　　　　　　　）　　　　　　（主たる職業：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　賃貸借契約書　　有　・　無　　エ．賃貸契約　　　　　　　　　　住　所　　　　所有者　　　　　　　　　　名　称（氏名）* 所有者の職業が医療機関の開設者又は役員等に（　該当する　・　該当しない　）

　　　　　　　　　　住　所　　　　保証人　　　　　　　　　　名　称（氏名）（保証人の職業　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（開設者との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）②　近隣（概ね1.5㎞以内）医療機関との距離関係医療機関の名称（薬局を開設する建物に医療機関入居の該当の有無を○で囲い、非該当の場合は医療機関との距離を記入すること）　　ア．　　　　　　　　　　　　　　 　　 （同一敷地・建物に該当・非該当　　　 m）イ．　　　　　　　　　　　　　　 　　 （同一敷地・建物に該当・非該当 m）ウ．　　　　　　　　　　　　　　 　　 （同一敷地・建物に該当・非該当 m）エ．　　　　　　　　　　　　　　 　　 （同一敷地・建物に該当・非該当 m）　オ．　　　　　　　　　　　　　　 　　 （同一敷地・建物に該当・非該当 m）③　近々に開設予定の医療機関　　ア．　　　　　　　　　　　　　　 　　 （同一敷地・建物に該当・非該当　　　 m）イ．　　　　　　　　　　　　　　 　　 （同一敷地・建物に該当・非該当 m） |
| 10. 他の保険薬局の指定状況 (千葉県内のみ)　　　　　　　　　　　　　件 |
| 11. 勤務体制　 ア．（薬局の開局時間　　　　　：　　　～　　　：　　　）　 イ．休　　日　　　 |

ご用意いただく書類一覧表

※この用紙も提出をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ✓ | ご用意いただく書類 |
| 1 |  | 開設予定地の周辺図※近隣の医療機関の位置が分かるように記載すること |
| 2 |  | ①　薬局の平面図（機材の配置が分かるように作成）②　敷地内にある全ての建物が分かる書類（建物配置図）③　薬局の出入口が公道又はこれに準ずる道路と面しているか確認できる書類（写真、建物配置図）④　同一建物内のテナント名（空きテナントも記載）が分かる書類（雑居ビル等に薬局を開設する場合）⑤　敷地内や周辺に医療機関がある場合、医療機関と薬局の位置関係がわかる写真(それぞれの機関の出入口もわかるようにお願いします)⑥　薬局の入口・看板の写真（建物が建設中の場合、指定手続時又は完成後すぐにご提出をお願いします。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 3 |  | 薬局の土地及び建物が自前の場合は、登記簿謄本の写（登記手続き中の場合は、建築確認通知書又は売買契約書の写） |
| 4 |  | 薬局の土地及び建物を賃借している場合の賃貸借契約書の写 |
| 5 |  | 法人開設場合のみ提出①　薬局を開設する法人の商業登記簿謄本の写②　薬局を開設する法人の出資状況が判るもの（決算書等の持株等の状況が判るもの） |
|  |

記入上の注意

・書ききれない項目がありましたら、別紙をご用意の上、ご記入をお願いします。

☆お電話にて予約のうえ来所くださいますようお願いいたします。

関東信越厚生局千葉事務所　０４３－３８２－８１０１（審査課）