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）