

## 薬局開設、薬局製剤製造販売業・製造業

# 許可申請の手引き

### (法第4条第1項)

薬局は、その所在地の都道府県知事(保健所設置市の場合は市長)の許可を受けなければ、開設してはならない。

### (法第24条第1項)

薬局開設者又は医薬品の販売業の許可を受けた者でなければ、業として、医薬品を販売し、授与し、又は販売若しくは授与の目的で貯蔵し、若しくは陳列(配置することを含む。以下同じ。)してはならない。ただし、医薬品の製造販売業者がその製造等をし、又は輸入した医薬品を薬局開設者又は医薬品の製造販売業者、製造業者若しくは販売業者に、医薬品の製造業者がその製造した医薬品を医薬品の製造販売業者又は製造業者に、それぞれ販売し、授与し、又はその販売若しくは授与の目的で貯蔵し、若しくは陳列するときは、この限りでない。

## 大阪市健康局健康推進部

### 生活衛生課(薬務指導グループ)

〒530-8201

大阪市北区中之島 1-3-20

大阪市役所 2階

06-6208-9986・9987・9994

申請書の用紙は

<http://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000269011.html>

からダウンロードすることができます。

# 目次

## 第1 薬局開設等許可申請

- 1 新規許可申請 ..... 1
- 2 許可申請に必要な書類等 ..... 1
- 3 添付書類の省略 ..... 3
  - (1) 添付書類を省略できる範囲
  - (2) 添付書類を省略できない範囲
  - (3) 省略できる添付書類と条件
  - (4) 添付書類を省略する場合、申請書の備考欄への記載
- 4 申請書等記載上の留意事項 ..... 4
- 5 薬局製剤製造販売・製造業の許可申請 ..... 7

## 第2 薬局開設の許可基準等

- 1 許可の基準 ..... 8
- 2 薬局の構造設備 ..... 8
- 3 薬局の業務を行う体制 ..... 10
- 4 薬局の管理 ..... 12
- 5 管理者の義務 ..... 12
- 6 薬局開設者の遵守事項 ..... 12

平成25年法律第84号で、「薬事法」の題名が、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（以下「医薬品医療機器等法」という。）」に改正されました。

高度管理医療機器販売業・貸与業及び管理医療機器販売業・貸与業の申請・届出及び相談窓口は、平成27年4月1日より大阪府健康医療部薬務課から本市に変更されました。

## 第1 薬局開設許可等申請

(申請手数料：29,000円〔現金〕)

受付処理の他、金融機関への支払手続きが必要なため午後3時30分までにお越しください。

### 1 新規許可申請

次の事項に該当する場合には新規許可申請が必要です。

- (1) 新たに薬局を開設する場合
- (2) 経営者が変わる場合 (営業権の相続、譲渡、法人の合併など)
- (3) 組織が変わる場合 (申請者が個人、法人)
- (4) 許可の業種が変わる場合(店舗販売業を薬局に変更する場合など)
- (5) 全面改築を行う場合  
(既存の店舗を取り壊して新築する場合(部分改築は変更として取り扱う。))
- (6) 仮店舗を開設する場合  
(既存の店舗を全面改築する際など、仮店舗で医薬品の販売等を行う場合)
- (7) 店舗を移転する場合 (店舗所在地が変わる場合)  
同一ビル内での階層移転や同一フロア内での移動も新規申請が必要です。
- (8) 許可更新申請を許可満了日までに行わなかった場合 (期限切れ)  
新たな許可を取得するまでに医薬品の販売・授与を行うと無許可販売になり、法律により処罰されることがあります。

### 2 許可申請に必要な書類等(各1部)

(様式は本冊子のコピー又はホームページからダウンロードすることができます。)

- (1) 薬局開設許可申請書(医薬品医療機器等法施行規則様式第一)
- (2) 管理者及びその他の薬剤師・登録販売者の「氏名」、「住所」、「週当たり勤務時間数」、「薬剤師名簿の登録番号及び登録年月日又は販売従事登録の登録番号及び登録年月日」を記載した書類  
所定の「資格者一覧表」を用いて作成してください。
- (3) 付近の見取り図(市場・スーパー・ビル等同一フロアに複数の店舗等がある場合には、当該フロア全体の配置図も必要)
- (4) 薬局の平面図
- (5) 申請者が法人の場合は登記事項証明書……発行後6ヵ月以内のもの  
合併または分社化等により申請時に添付できない場合は、事前にご相談ください。
- (6) 申請者の診断書……発行後3ヵ月以内のもの  
ア 法人の場合は、薬局開設者の業務を行う役員全員分の診断書  
代表取締役は全ての業務の決定権があるため、全員が業務を行う役員になります。  
イ 法人である申請者におけるその業務を行う役員であって、当該法人における業務上薬事に関する通常の業務に係る意志決定等に直接関与しているとみなされるものについても、その職務内容から判断して業務に支障がないと認めるときは、診断書に代えて疎明する書類を提出。
- (7) 管理薬剤師の雇用契約書の写し又は使用関係を証する書類  
ア 申請者が管理薬剤師を兼務する場合は不要です。

イ 法人の役員が管理薬剤師の場合には、雇用契約書の写し等に代えて、当該店舗を実地に管理する旨の記載がある誓約書が必要です。

(8) 管理薬剤師以外に雇用する薬剤師又は登録販売者がいる場合は、その薬剤師又は登録販売者の雇用契約書の写し又は使用関係を証する書類

…派遣の場合は、派遣先及び申請者の両方の使用関係証書が必要です。

(9) ア 管理薬剤師およびその他従事者の薬剤師免許証または販売従事登録証

(必ず原本をご持参ください。)

イ 管理薬剤師が、薬剤師法第8条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令(再教育研修命令)を受けた者である場合は、教育研修修了登録証

(必ず原本をご持参ください。)

(10) 勤務表 (…管理薬剤師のみ勤務する場合も必要となります。)

(11) 体制省令に準拠した指針・手順書

・「調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制の概要」及び「医薬品の販売又は授与を行う体制の概要」を示す書類として作成してください。

・申請時には、指針・手順書とそれらの概要を示すもの(下記例参照)を提出してください。

【例：指針・手順書の項目】

指 針 の 項 目	基本的考え方に関すること。	手 順 書 の 項 目	店舗で取扱う医薬品の購入に関する事項
	従事者に対する研修の実施に関すること。		医薬品の管理に関する事項
	医薬品安全使用責任者に関すること。		医薬品の販売及び授与の業務に関する事項
	事故報告の体制の整備に関すること。		医薬品情報の取扱い
	手順書に関すること。		事故発生時の対応に関する事項
	情報の収集・改善のための方策の実施に関すること。		他施設(医療機関、薬局等)との連携に関する事項

(12) 薬剤師不在時間の有無に関する書類

所定の「薬剤師不在時の対応についてのチェックリスト」の記載及び薬剤師不在時間における薬局の適正な管理のための業務に関する手順書を作成してください。

(13) 特定販売に関する書類(特定販売を行う場合のみ)

所定の「特定販売に関する書類」を用いて作成してください。

(14) 健康サポート薬局に関して厚生労働大臣が定める基準に適合するものであることを明らかにする書類

所定の「健康サポート薬局に係る届出等の手引き」を参考にして作成してください。

(15) 放射性医薬品に関する書類(放射性医薬品を取扱う場合のみ)

(16) 調剤器具・書籍(磁気ディスク等を含む) 調査時確認

**法令の定めその他、大阪市が定める審査基準**があります。

これらの書類のうち、一部については、省略できる場合がありますので P.3 記載の「添付書類の省略」をご参照ください。

なお、薬局開設許可申請に併せて薬局製剤製造販売業・製造業、高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可申請又は毒物劇物販売業の登録申請を行う場合は、別途申請が必要です。麻薬小売業の許可申請については従来通り、大阪府健康医療部薬務課での申請となります。

### 3 添付書類の省略

#### (1) 添付書類を省略できる範囲

次の者が本市内(同じ場所を含む。)で新たな許可申請・変更届を行う場合であって、既に当該営業に係る申請・届出等において、当該書類を本市に提出している場合

- ア 医薬品医療機器等法に係る薬局開設・医薬品販売業及び高度管理医療機器等販売業・貸与業の許可を受けた者又は許可申請中の者
- イ 医薬品医療機器等法に係る管理医療機器販売業・貸与業の届出を行った者
- ウ 毒物及び劇物取締法に係る毒物及び劇物の登録を受けた者又は登録申請中の者
- エ 毒物及び劇物取締法に係る業務上取扱者の届出を行った者

#### (2) 添付書類を省略できない範囲

- ア 期限切れにより、新たに許可申請する場合
- イ 既許可店舗を廃止してから30日を越えて申請する場合

#### (3) 省略できる添付書類と条件

ア 登記事項証明書・申請者の診断書(法人の場合は、薬局開設者の業務を行う役員全員分)

- (ア) 同一申請者が同じ場所で新たな許可申請を行う場合
- (イ) 既許可店舗の同一申請者が新たな許可申請を行う場合

イ 薬剤師免許証及び販売従事登録証の原本提示(本市に一度提示している場合)

- (ア) 同一申請者が同じ場所で新たな許可申請を行う場合
- (イ) 既許可店舗の同一申請者が新たな許可申請を行う場合

.....大阪府に提示していても本市に提示していない場合は、原本をご持参ください。.....

ウ 雇用契約書の写し又は使用関係証書

- (ア) 同一申請者が同じ場所で新たな許可申請を行う場合
- (イ) 既許可店舗の同一申請者が新たな許可申請を行う場合

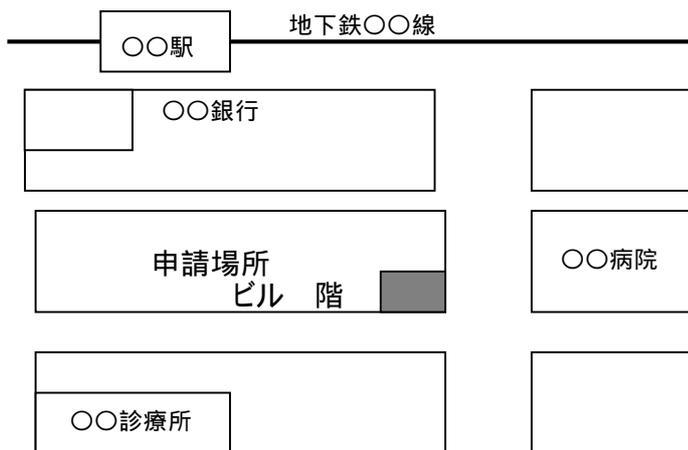
.....ただし、管理薬剤師については省略できません。.....

#### (4) 添付書類を省略する場合、申請書の備考欄への記載

(記載例)

- ア 本申請に係る添付書類( )は、薬局(第 号)の申請書(変更届)に添付済み。
- イ 本申請に係る添付書類( )は、毒物劇物販売業(第 号)の申請書(変更届)に添付済み。

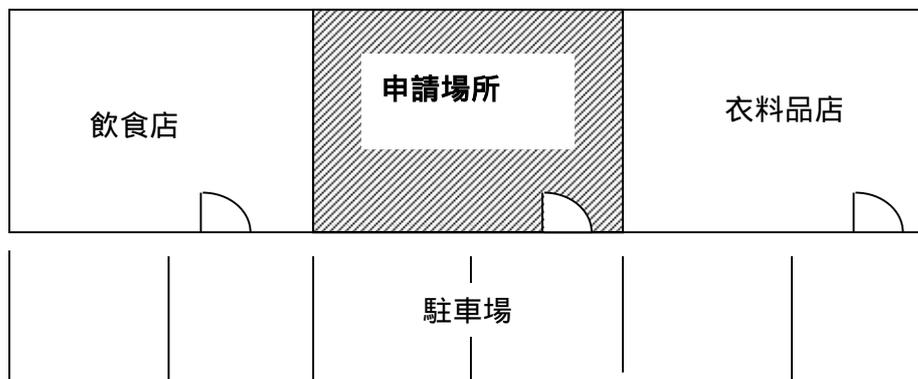
#### 4 申請書等記載上の留意事項 付近の見取り図記載例



駅、バス停などの公共施設等や、目標となるような建物との位置関係が把握できるように記載してください。周辺の薬局、病院、診療所も記載してください。(住宅地図等のコピーでも構いません。)

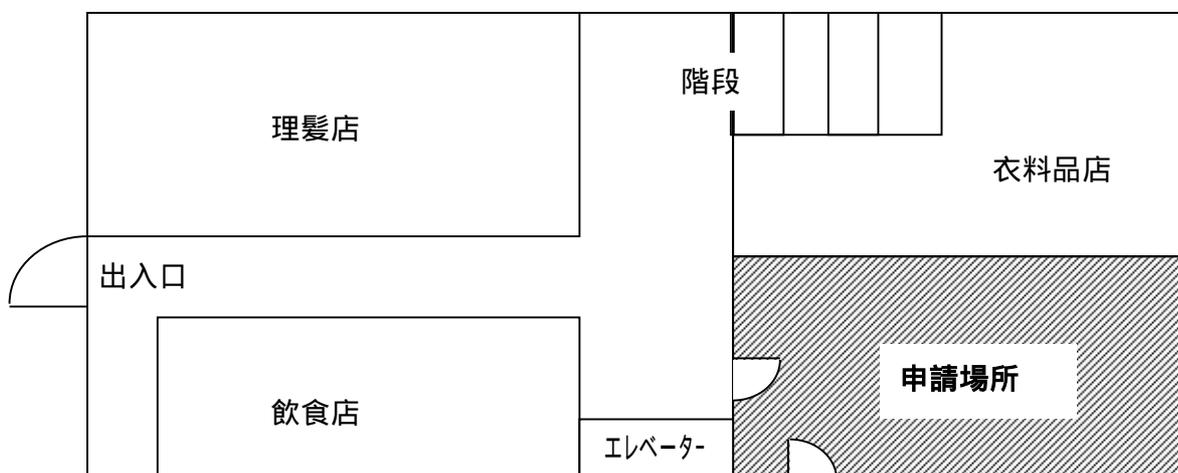
#### フロア図記載例

##### 【例1】



公道

##### 【例2】



## 薬局の平面図

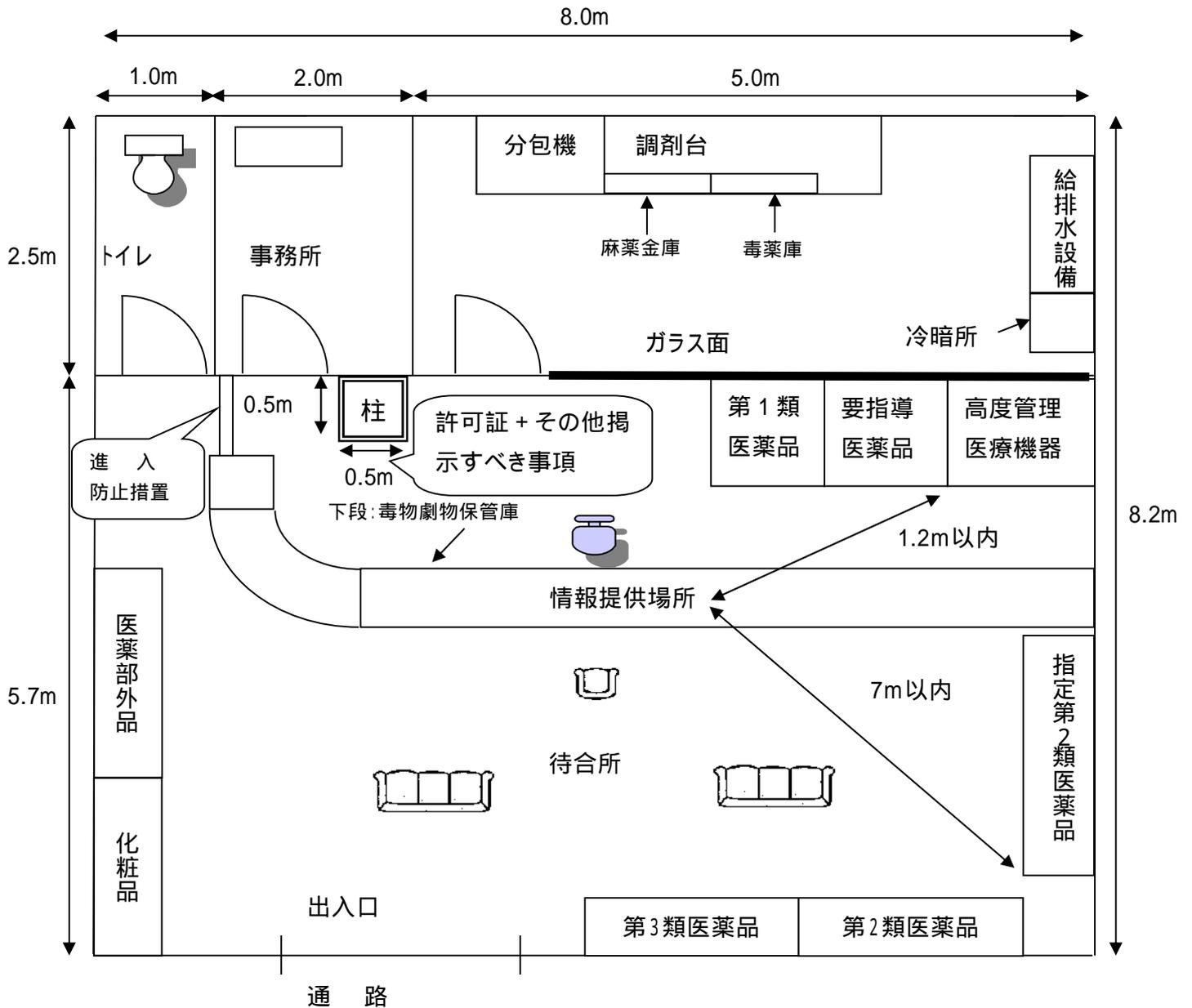
- 1 薬局が他の場所(当該薬局の事務所等の付属設備、自宅を除く。)へ行くための通路となる構造であってはなりません。
- 2 店舗、調剤室の入り口、住居等との区画がよくわかるように記載してください。
- 3 情報提供及び指導を行う設備の場所を記載してください。(薬剤師が患者等に対し、調剤した薬剤や医薬品について適正な使用のために必要な情報の提供や指導を行うための設備をいう。)なお、患者個人のプライバシーに十分配慮した構造にしてください。
- 4 要指導医薬品及び一般用医薬品は購入者がわかりやすいように区分ごとに陳列し、場所を記載してください。
- 5 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売等する場合は、当該医薬品の陳列設備から 1.2m以内の範囲に購入者が進入できない措置を採ってください。ただし、鍵をかけた陳列設備又は購入者が直接手の触れられない陳列設備に陳列する場合はこの限りではありません。
- 6 指定第二類医薬品を販売する場合は、当該医薬品を情報提供設備から 7m以内の範囲の場所に陳列してください。ただし、鍵をかけた陳列設備又は陳列設備から 1.2m以内の範囲に購入者が進入できない措置が採られている場合はこの限りではありません。
- 7 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等しない時間帯がある場合は、シャッター、パーテーション、チェーン等の構造設備により物理的に遮断され、進入することが困難な設備を設置し、その場所を記載してください。
- 8 スーパーなどの一角を薬局とする場合は、許可店舗内に専用のレジを設けて、場所を記載してください。
- 9 毒物劇物販売業を併せて行う場合は、調剤室を除く店舗のカウンターの内側に毒物劇物保管庫(固定、施錠、表示)の位置を記載してください。
- 10 高度管理医療機器もしくは管理医療機器の販売等を併せて行う場合は、薬局内に医療機器の保管場所を記載してください。

## 調剤室の平面図

- 1 調剤室が他の場所へ行くための通路となる構造は認められません。
- 2 調剤室内には、調剤台・冷暗所・給排水設備・毒薬保管庫(容易に移動できないよう固定された鍵のかかる設備)の位置を記載してください。3 ガラス面は横幅がわかるように太線等で記載してください。  
ガラス面は、高さが人間の腰の高さから頭の高さ程度、横幅は調剤室と待合室が接する面のおおむね半分以上確保し、調剤依頼者等が調剤室内を見渡すことができるようにしてください。  
構造上、ガラス面を設置しても調剤室の大部分が見渡せないような場合は、ガラス面を設置した上で、調剤室にテレビカメラ等を設置し、また待合場所にモニター等を設置するなど、調剤室内が見渡せるような工夫をしてください。
- 4 麻薬小売業を併せて行う場合は、調剤室内に麻薬保管庫(固定、堅固、施錠)を設置し、その位置を記載してください。
- 5 薬局医薬品(要指導医薬品及び一般用医薬品以外の医薬品)は調剤室等に保管してください。
- 6 調剤室の入り口を、情報提供設備(カウンター等)の後ろに設置するなど、調剤依頼者等が容易に

調剤室に進入できないような措置を講じてください。

### 薬局の平面図記載例



### 面積算出式

薬局:  $8.0 \times 8.2 - 1.0 \times 2.5$  (トイレ) -  $2.0 \times 2.5$  (事務所) -  $0.5 \times 0.5$  (柱) =  $57.9 \text{ m}^2$

調剤室:  $5.0 \times 2.5 = 12.5 \text{ m}^2$

(面積算出については、小数点第2位を四捨五入し、小数点第1位まで算出してください。)

- 1 定規等を用いて正確に作成してください。
- 2 店舗の面積、調剤室の面積が算出できるよう内のり寸法を記載してください。階段の下、柱がある場合にはその部分の寸法を記載してください。
- 3 平面図の余白欄に必ず調剤室、店舗面積の算出式を記入してください。
- 4 薬局の面積は  $19.8 \text{ m}^2$  以上、調剤室の面積は  $6.6 \text{ m}^2$  以上を確保すること。天井までの高さが  $2.1 \text{ m}$  未満のところ(階段下など)や柱部分は有効面積から減じてください。

5 更衣室、事務室、トイレ、倉庫等の付属設備を有している場合は、これらの面積は、薬局の面積として算出しないでください。

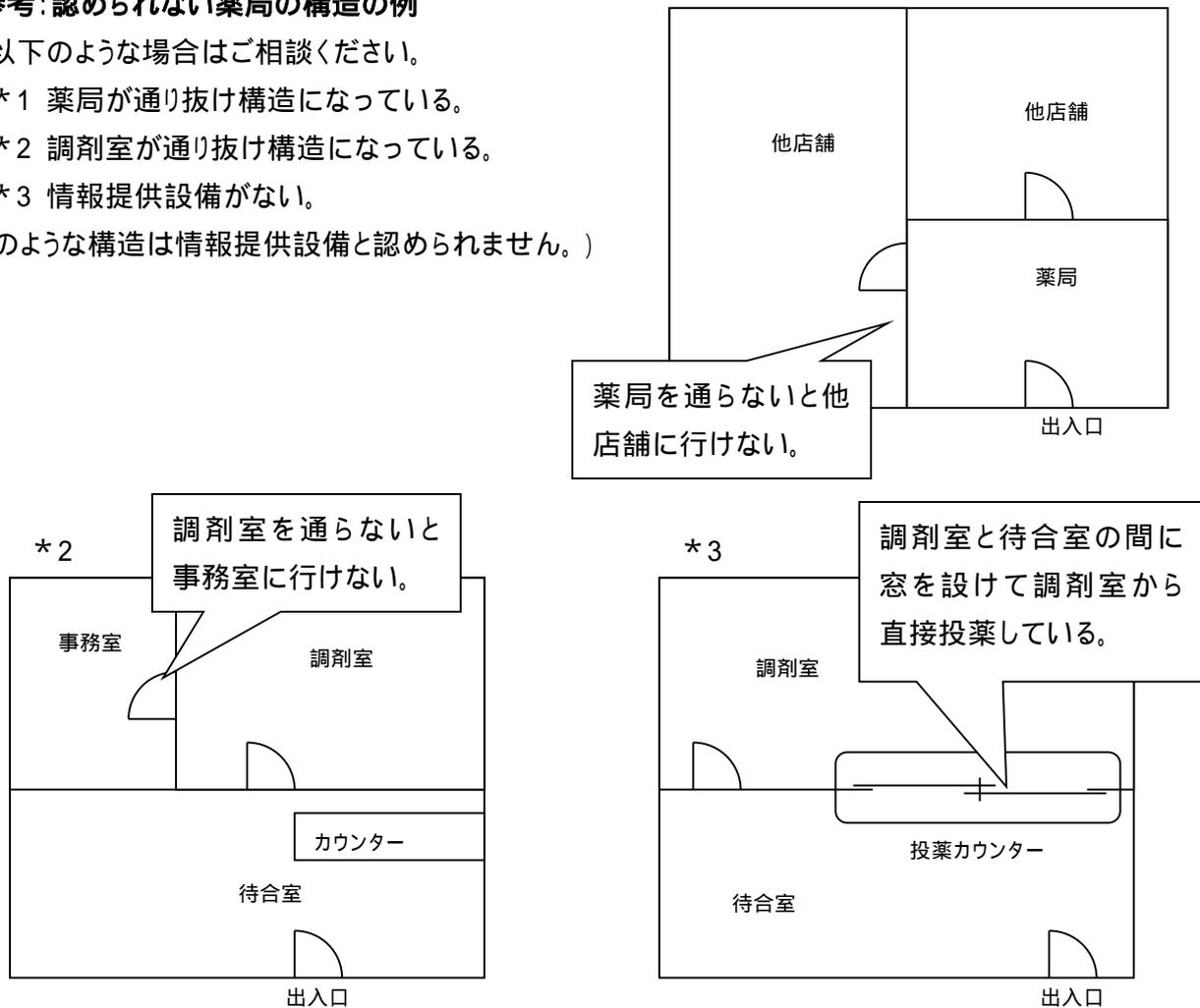
\*1

**参考:認められない薬局の構造の例**

以下のような場合はご相談ください。

- \*1 薬局が通り抜け構造になっている。
- \*2 調剤室が通り抜け構造になっている。
- \*3 情報提供設備がない。

(図のような構造は情報提供設備と認められません。)



**5 薬局製剤製造販売業・製造業の許可申請**

許可申請に必要な書類（申請手数料：(1) 6,300 円 (2) 11,000 円(3) 37,800 円〔現金〕）

受付処理の他、金融機関への支払手続きが必要なため午後 3 時 30 分までにお越しください。

- (1) 薬局製剤製造販売業許可申請書(医薬品医療機器等法施行規則様式第九 1 部)  
 薬局製剤製造業に係る試験検査器具を店舗に備えていない場合については、試験検査機関との使用契約又は使用関係を証する書類を提出してください。
- (2) 薬局製剤製造業許可申請書(医薬品医療機器等法施行規則様式第十二 1 部)
- (3) 薬局製剤製造販売承認申請書(医薬品医療機器等法施行規則様式第二十二 2 部)品目表を含む。) )
- (4) 総括製造販売責任者及び製造管理者の薬剤師免許証(原本を持参してください。)
- (5) 総括製造販売責任者及び製造管理者の雇用契約書の写し又は使用関係証書  
 ...薬局等構造設備規則第 11 条の規定及び平成 17 年 3 月 25 日付け薬食審査発第 0325009 号通知を踏まえ、当該薬局の管理者が総括製造販売責任者、製造管理者を兼務してください。)
- (6) 申請者が法人の場合は登記事項証明書(発行後 6 ヶ月以内のもの)

これらの書類のうち一部については省略できる場合がありますので P.3 記載の「添付書類の省略」をご参照ください。

## 第2 薬局開設の許可基準等

### 1 許可の基準（法第5条関連事項）

次の各号のいずれかに該当するときは、法第4条第1項（薬局）の許可を与えないことができる。

- (1) その薬局の構造設備が、厚生労働省令及び大阪市が定める基準に適合しないとき。
- (2) その薬局において調剤及び調剤された薬剤の販売又は授与の業務を行う体制並びにその薬局において医薬品の販売業を併せ行う場合にあっては医薬品の販売又は授与の業務を行う体制が厚生労働省令で定める基準に適合しないとき。
- (3) 申請者（申請者が法人であるときは、その業務を行う役員を含む。）が、次のイからへまでのいずれかに該当するとき。

イ 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

ロ 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

ハ 禁錮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った後、3年を経過していない者

ニ イからハに該当する者を除くほか、この法律、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、その違反行為があった日から2年を経過していない者

ホ 成年被後見人又は麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者

ヘ 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って必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者

### 2 薬局の構造設備（薬局等構造設備規則第1条）

薬局の構造設備の基準は、次のとおりとする。

- (1) 調剤された薬剤又は医薬品の購入者等が容易に出入りできる構造であり、薬局であることがその外観から明らかであること。
- (2) 換気が十分であり、かつ、清潔であること。
- (3) 当該薬局以外の薬局又は店舗販売業の店舗の場所、常時居住する場所及び不潔な場所から明確に区別されていること。
- (4) 面積は、おおむね 19.8 m<sup>2</sup>以上とし、薬局の業務を適切に行なうことができるものであること。
- (5) 医薬品を通常陳列し、又は調剤された薬剤もしくは医薬品を交付する場所にあつては 60 ルックス以上、調剤台の上にあつては 120 ルックス以上の明るさを有すること。
- (6) 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する薬局にあつては、開店時間（営業時間のうち特定販売のみを行う時間を除いた時間をいう。）のうち、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等しない時間がある場合には、当該医薬品を通常陳列し、又は交付する場所を閉鎖することができる構造のものであること。
- (7) 冷暗貯蔵のための設備を有すること。
- (8) 鍵のかかる貯蔵設備を有すること。
- (9) 次に定めるところに適合する調剤室を有すること。

ア 6.6 m<sup>2</sup>以上の面積を有すること。

- イ 天井及び床は、板張り、コンクリート又はこれらに準ずるものであること。
  - ウ 調剤された薬剤もしくは医薬品を購入等しようとする者等が進入することができないよう必要な措置が採られていること。
  - エ 薬剤師不在時間のある薬局にあっては、閉鎖することができる構造であること。
- (10) 要指導医薬品を販売等する薬局にあっては、次に定めるところに適合するものであること。
- ア 要指導医薬品を陳列するために必要な陳列棚その他の設備(以下「陳列設備」という。)を有すること。
  - イ 要指導医薬品を陳列する陳列設備から 1.2m以内の範囲(以下「要指導医薬品陳列区画」という。)に医薬品を購入等しようとする者等が進入することができないよう必要な措置が採られていること。ただし、要指導医薬品を陳列しない場合又は鍵をかけた陳列設備その他医薬品を購入等しようとする者が直接手の触れられない陳列設備に陳列する場合は、この限りでない。
  - ウ 開店時間のうち、要指導医薬品を販売等しない時間がある場合には、要指導医薬品陳列区画を閉鎖することができる構造のものであること。
- (11) 第一類医薬品を販売等する薬局にあっては、次に定めるところに適合するものであること。
- ア 第一類医薬品を陳列するために必要な陳列設備を有すること。
  - イ 第一類医薬品を陳列する陳列設備から 1.2m以内の範囲(以下、「第一類医薬品陳列区画」という。)に、医薬品を購入等しようとする者等が進入することができないよう必要な措置が採られていること。ただし、第一類医薬品を陳列しない場合又は鍵をかけた陳列設備その他医薬品を購入等しようとする者等が直接手の触れられない陳列設備に陳列する場合は、この限りでない。
  - ウ 開店時間のうち、第一類医薬品を販売等しない時間がある場合には、第一類医薬品陳列区画を閉鎖することができる構造のものであること。
- (12) 次に定めるところに適合する、情報を提供し、及び指導を行うための設備を有すること。ただし、複数の設備を有する場合は、いずれかの設備が適合していれば足りるものとする。
- ア 調剤室に近接する場所にあること。
  - イ 要指導医薬品を陳列する場合には、要指導医薬品陳列区画の内部又は近接する場所にあること。
  - ウ 第一類医薬品を陳列する場合には、第一類医薬品陳列区画の内部又は近接する場所にあること。
  - エ 指定第二類医薬品を陳列する場合には、指定第二類医薬品を陳列する陳列設備から 7m以内の範囲にあること。ただし、鍵をかけた陳列設備に陳列する場合又は指定第二類医薬品を陳列する陳列設備から 1.2m以内の範囲に医薬品を購入し、若しくは譲り受けようとする者等が進入することができないよう必要な措置が採られている場合は、この限りでない。
  - オ 2以上の階に医薬品を通常陳列し、又は交付する場所がある場合には、各階の医薬品を通常陳列し、又は交付する場所の内部にあること。
- (13) 営業時間のうち、特定販売のみを行う時間がある場合には、保健所設置市等が適切な監督を行うために必要な設備\*を備えていること。
- \* デジタルカメラ、電話、電子メール、デジタルカメラで撮影した画像を電子メールに添付して電送するために必要な設備(ケーブル等)

その他に法令の定め以外に大阪市が定める構造設備に関する審査基準があります。

また、無菌調剤室を設ける場合、他の階に調剤室を設ける場合又は放射性医薬品を取扱う場合については、別途ご相談ください。

### 3 薬局の業務を行う体制

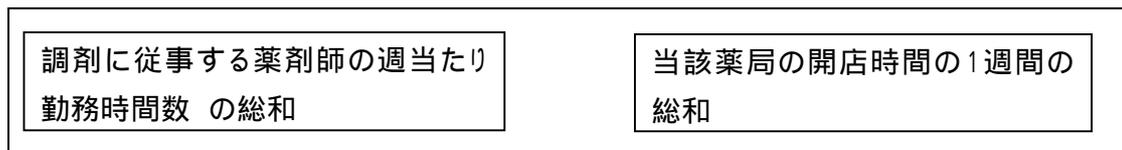
(薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令第1条関連事項)

医薬品医療機器等法(以下「法」という。)第5条第2号の規定に基づく、体制に係る基準は、次のとおりとする。

- (1) 薬局の開店時間内は、常時、当該薬局において調剤に従事する薬剤師が勤務していること。  
ただし、薬剤師不在時間内は、調剤に従事する薬剤師が当該薬局以外の場所において当該薬局の業務を行うために勤務していること。
- (2) 当該薬局において、調剤に従事する薬剤師の員数が、1日平均取扱処方箋数を40で除して得た数(その数が1に満たないときは1とし、その数に1に満たない端数が生じたときは、その端数は1とする。)以上であること。  
眼科、耳鼻咽喉科及び歯科の処方箋数は $\times 2 / 3$ とする。  
1日平均取扱処方箋数 = 前年における総取扱処方箋数 / 前年の業務日数
- (3) 一日あたりの薬剤師不在時間は、四時間又は当該薬局の一日の開店時間の二分の一のいずれか短い時間を超えないこと。
- (4) 薬剤師不在時間内は、薬局の管理を行う薬剤師が、薬剤師不在時間内に当該薬局において勤務している従事者と連絡できる体制を備えていること。
- (5) 薬剤師不在時間内に調剤を行う必要が生じた場合に近隣の薬局を紹介すること又は調剤に従事する薬剤師が速やかに当該薬局に戻ることに必要な措置を講じる体制を備えていること。
- (6) 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売等する薬局にあっては、当該医薬品を販売等する営業時間内は、常時、当該薬局において医薬品の販売等に従事する薬剤師が勤務していること。
- (7) 第2類医薬品又は第3類医薬品を販売等する薬局にあっては、当該医薬品を販売等する営業時間内は、常時、当該薬局において医薬品の販売等に従事する薬剤師又は登録販売者が勤務していること。
- (8) 営業時間又は営業時間外で相談を受ける時間内は、調剤された薬剤もしくは医薬品の購入者等から相談があった場合に、情報の提供又は指導を行うための体制を備えていること。
- (9) 調剤の業務に係る医療の安全を確保するため、指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の必要な措置が講じられていること。
- (10) 調剤された薬剤の情報の提供及び指導その他の調剤の業務に係る適正な管理を確保するため、指針の策定、従業者に対する研修の実施その他の必要な措置が講じられていること。
- (11) 医薬品を販売等する薬局にあっては、医薬品の情報の提供及び指導その他の医薬品の販売又は授与の業務に係る適正な管理を確保するため、指針の策定、従事者に対する研修(特定販売を行う薬局にあっては、特定販売に関する研修を含む。)の実施その他の必要な措置が講じられていること。
- (12) 薬剤師不在時間がある薬局にあっては、薬剤師不在時間における薬局の適正な管理のための業務に関する手順書の作成及び当該手順書に基づく業務の実施につき必要な措置が講じられていること。

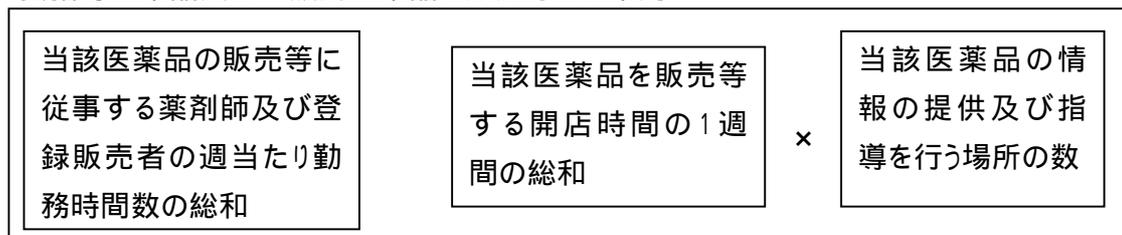
薬局開設者は当該薬局について、次に掲げる要件を満たさなければならない。

ア 全ての薬局

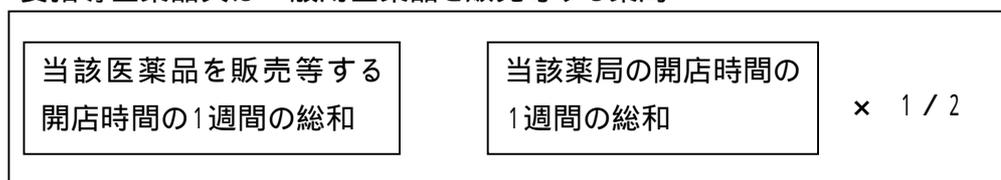


1週間当たりの通常の勤務時間数をいい、特定販売のみに従事する勤務時間を除く。

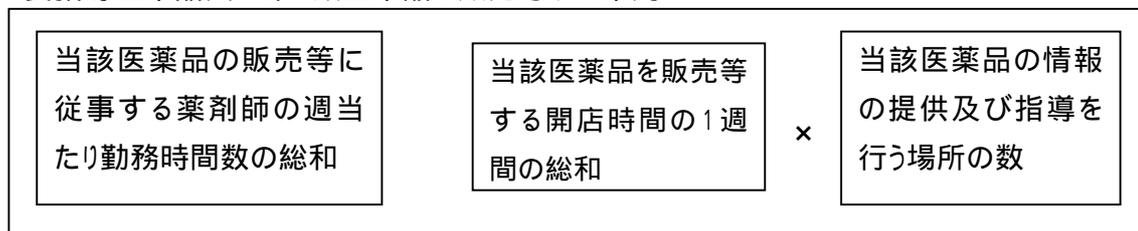
イ 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する薬局



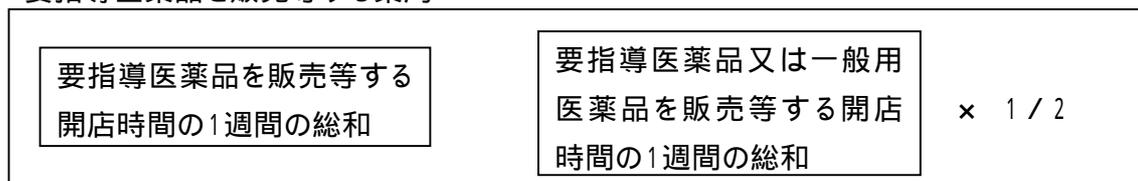
ウ 要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する薬局



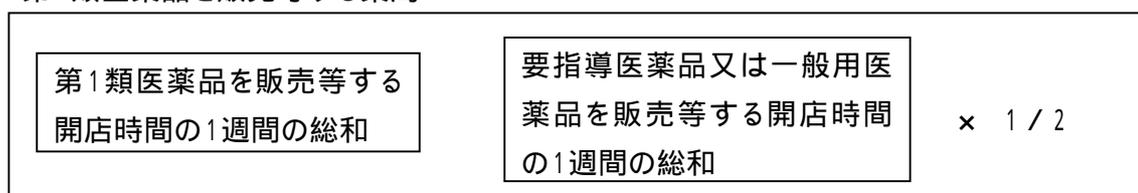
エ 要指導医薬品又は第1類医薬品を販売等する薬局



オ 要指導医薬品を販売等する薬局



カ 第1類医薬品を販売等する薬局



4 薬局の管理（法第7条）

- (1) 薬局開設者が薬剤師であるときは、自らその薬局を実地に管理しなければならない。ただし、その薬局において薬事に関する実務に従事する他の薬剤師のうちから薬局の管理者を指定してその薬局を

実地に管理させるときは、この限りでない。

- (2) 薬局開設者が薬剤師でないときは、その薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師のうちから薬局の管理者を指定してその薬局を実地に管理させなければならない。
- (3) 薬局の管理者(第1項の規定により薬局を実地に管理する薬局開設者を含む。次条第1項において同じ。)は、その薬局以外の場所で業として薬局の管理その他薬事に関する実務に従事する者であってはならない。ただし、その薬局の所在地の都道府県知事(保健所設置市の場合は市長)の許可を受けたときは、この限りでない。

## 5 管理者の義務(法第8条)

- (1) 薬局の管理者は、保健衛生上支障を生ずるおそれがないように、その薬局に勤務する薬剤師その他の従業者を監督し、その薬局の構造設備及び医薬品その他の物品を管理し、その他その薬局の業務につき、必要な注意をしなければならない。
- (2) 薬局の管理者は、保健衛生上支障を生ずるおそれがないように、その薬局の業務につき、薬局開設者に対し必要な意見を述べなければならない。

## 6 薬局開設者の遵守事項(法第9条、9条の4関連事項)

- (1) 厚生労働大臣は、厚生労働省令で、次に掲げる事項その他薬局の業務に関し薬局開設者が遵守すべき事項を定めることができる。
  - ア 薬局における医薬品の試験検査その他の医薬品の管理の実施方法に関する事項
  - イ 薬局における医薬品の販売又は授与の実施方法(特定販売を行う場合における、購入者等との間の通信手段に応じた当該実施方法を含む。)に関する事項
- (2) 薬局開設者は、第7条第1項ただし書又は第2項の規定によりその薬局の管理者を指定したときは、法第8条第2項の規定による薬局の管理者の意見を尊重しなければならない。
- (3) 薬局開設者は、厚生労働省令で定めるところにより、当該薬局を利用するために必要な情報であって厚生労働省令で定める事項を、**当該薬局の見やすい場所に掲示**しなければならない。
- (4) 薬局開設者は、**薬剤師、登録販売者又は一般従事者であることが容易に判断**できるようその薬局に勤務する従事者に**名札**を付けさせることその他必要な措置を講じなければならない。
- (5) 薬局開設者は、原則として**薬局医薬品を調剤室以外の場所に貯蔵し、又は陳列してはならない。**

**【揭示事項】**

特定販売を行う場合は別途必要な事項があります。

なお、薬剤師不在時間に係るものは、当該薬局内及び当該薬局の外側の見やすい場所に掲示する  
必要があります。

**【別表第一の二】**

第一 薬局又は店舗の管理及び運営に関する事項

許可の区分の別 許可証の記載事項 管理者の氏名

勤務する薬剤師又は登録販売者の別、その氏名及び担当業務

取り扱う要指導医薬品及び一般用医薬品の区分 勤務者の名札等による区別に関する説明

営業時間、営業時間外で相談できる時間 営業時間外で医薬品の購入等の申込みを受理する時間

相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先

第二 要指導医薬品及び一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項

要指導・第1類・第2類・第3類医薬品の定義並びにこれらに関する解説

要指導・第1類・第2類・第3類医薬品の表示に関する解説

要指導・第1類・第2類・第3類医薬品の情報の提供及び指導に関する解説

要指導医薬品の陳列に関する解説 指定第2類医薬品の陳列等に関する事項

指定第2類医薬品を購入等する場合は、禁忌の確認及び使用について資格者に相談することを勧める旨

一般用医薬品の陳列に関する解説 医薬品による健康被害の救済に関する制度に関する解説

個人情報の適正な取扱いを確保するための措置 その他必要な事項

可能であれば  
捨印を押印し  
てください。

印

### 薬局開設許可申請書

「薬局」の文字を含んでください。		薬局	
薬局の名称		電話( 06 - XXXX - XXXX )	
薬局の所在地	〒XXX-XXXX	ビルの場合はビル名と階数を記載 大阪市 区 町 丁目 番号 ビル1階	
薬局の構造設備の概要		別紙のとおり	
調剤及び調剤された薬剤の販売 又は授与の業務を行う体制の概要	体制省令に準拠した指針・手順 書の概要を添付してください。	別紙のとおり	
医薬品の販売又は授与を行 う体制の概要		別紙のとおり	
(法人にあっては)薬局開設者の業務 を行う役員の氏名		代表取締役(代表執行役)は全ての業務の決定権 があるため、全員が業務を行う役員となります。	
通常の営業日及び営業時間	月~金 時~時 土 時~時 日祝定休日		
相談時及び緊急時の連絡先	090 - XXXX - XXXX	緊急時に連絡のとれる電話番号等を記載してください。	
薬剤師不在時間の有無	有	<input type="radio"/>	無
特定販売の実施の有無	有	<input type="radio"/>	無
健康サポート薬局である旨の表示の有無	有	<input type="radio"/>	無
申請者(法人にあっては 役員を含む)の欠格事項	(1) 法第75条第1項の規定により 許可を取り消されたこと	全員なし	
	(2) 法第75条の2第1項の規定により 登録を取り消されたこと	全員なし	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし	
	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 分に違反した	全員なし	
	(5) 後見開始の審判を受けているこ と	全員なし	
薬局において販売し、又は授与す る医薬品の区分	薬局医薬品 薬局製造販売医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品		
1日平均取扱処方箋数	枚		
兼営事業の種類	薬局製剤製造業・製造販売業 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品販売業 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input checked="" type="checkbox"/> 化粧品販売業 毒物劇物販売業 <input checked="" type="checkbox"/> 麻薬小売業 高度管理医療機器等販売業・貸与業 <input checked="" type="checkbox"/> 管理医療機器 <input checked="" type="checkbox"/> 一般医療機器		
備考	許可希望日 平成 年 月 日		

上記により、薬局開設の許可を申請します。

平成 年 月 日

空欄でお願いします。

〒XXX-XXXX

住所(法人にあっては、主たる事業所の所在地) 東京都 区 町 丁目 番号

株式会社

氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名) 代表取締役

本社や自宅等の電話番号を記載。

個人の場合は個人印を、  
法人の場合は登記され  
た代表者印を押印。

印

個人の場合は現住所・個人名を  
記載。法人の場合は登記された  
本店の所在地、商号及び代表者  
の役職名、氏名を記載。

大阪市長

(申請者電話番号: XXX - XXXX - XXXX )

訂正があった場合には、申請された印による訂正もしくは捨印が必要となります。

薬局開設許可申請書

薬 局 の 名 称		電話( )
薬 局 の 所 在 地		〒
薬 局 の 構 造 設 備 の 概 要		別紙のとおり
調 剤 及 び 調 剤 さ れ た 薬 剤 の 販 売 又 は 授 与 の 業 務 を 行 う 体 制 の 概 要		別紙のとおり
医 薬 品 の 販 売 又 は 授 与 を 行 う 体 制 の 概 要		別紙のとおり
(法人にあっては)薬局開設者の業務 を 行 う 役 員 の 氏 名		
通 常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間		
相 談 時 及 び 緊 急 時 の 連 絡 先		
薬 剤 師 不 在 時 間 の 有 無		有 ・ 無
特 定 販 売 の 実 施 の 有 無		有 ・ 無
健 康 サ ポ ー ト 薬 局 で あ る 旨 の 表 示 の 有 無		有 ・ 無
申請者(法人にあっては、 員を含む)の欠格条項 その業務を行う役	(1) 法第75条第1項の規定により 許可を取り消されたこと	
	(2) 法第75条の2第1項の規定によ り登録を取り消されたこと	
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	
	(4) 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 に違反したこと	
	(5) 後見開始の審判を受けているこ と	
薬局において販売し、又は授与す る 医 薬 品 の 区 分	薬局医薬品 薬局製造販売医薬品 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 第3類医薬品	
1日平均取扱処方箋数	枚	
兼 営 事 業 の 種 類	薬局製剤製造業・製造販売業 医薬品販売業 医薬部外品販売業 化粧品販売業 毒物劇物販売業 麻薬小売業 高度管理医療機器等販売業・貸与業 管理医療機器 一般医療機器	
備 考	許可希望日 平成 年 月 日	

上記により、薬局開設の許可を申請します。

平成 年 月 日

〒

住 所 (法人にあっては、主  
たる事業所の所在地)

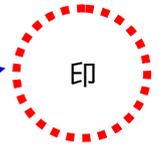
氏 名 (法人にあっては名称  
及び代表者の氏名)

印

大阪市長

(申請者電話番号： )

可能であれば捨印を押印してください。



### 薬局製剤製造販売業許可申請書

主たる機能を有する事務所の名称		薬局 電話 ( 06 - XXXX - XXXX )		
主たる機能を有する事務所の所在地		〒XXX-XXXX 大阪市 区 町 丁目 番号 ビル1階		
許可の種類		薬局製剤製造販売業許可		
総括製造販売責任者	氏名	大阪 太郎	資格	薬剤師名簿登録 昭和 年 月 日 号 同登録番号第 号
	住所	大阪市 区 町 丁目 番号		
申請者(法人)にあっては、その業務を行う役員を含む。( )の欠格条項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	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たこと	全員なし		
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし		
	(4) 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を違反したこと	全員なし		
	(5) 後見開始の審判を受けていること	全員なし		
備考	薬局開設許可(申請)年月日 平成 年 月 日 号 許可番号 第 A 号			

ビルの場合はビル名と階数を記載

当該事実がないときは「なし」法人の場合業務を行う役員が複数名いる場合は「全員なし」と記載し、あるときは、(1)欄及び(2)欄にあってはその理由及び年月日を、(3)欄にあってはその罪、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った場合はその年月日を、(4)欄にあってはその違反の事実及び年月日を、(5)欄にあっては「ある」と記載。

上記により、薬局製剤の製造販売業の許可を申請します。

空欄でお願いします。

平成 年 月 日

既に許可を受けている場合は、記入。

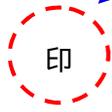
個人の場合は現住所・個人名を記載。法人の場合は登記された本店の所在地、商号及び代表者の役職名、氏名を記載。

住所 〒  
法人にあっては、主たる事務所の所在地  
氏名  
法人にあっては、名称及び代表者の氏名

東京都 区 町 丁目 番号

個人の場合は個人印を、法人の場合は登記された代表者印を押印。

株式会社  
代表取締役



本社や自宅等の電話番号を記載。

(申請者電話番号: XXX - XXXX - XXXX )

大阪市長

訂正があった場合には、申請された印による訂正もしくは捨印が必要となります。

薬局製剤製造販売業許可申請書

主たる機能を有する事務所の名称		電話 ( )		
主たる機能を有する事務所の所在地		〒		
許可の種類		薬局製剤製造販売業許可		
総括製造販売責任者	氏名	資格	薬剤師名簿登録 年 月 日号 同登録番号 第 号	
	住所			
申請者(法人にあっては、その業務を行う役員を含む。)の欠格条項	(1) 法第 75 条第 1 項の規定により許可を取り消されたこと			
	(2) 法第 75 条の 2 第 1 項の規定により登録を取り消されたこと			
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと			
	(4) 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たこと			
	(5) 後見開始の審判を受けていること			
備考	薬局開設許可(申請)年月日 平成 年 月 日 許可番号 第 号			

上記により、薬局製剤の製造販売業の許可を申請します。

平成 年 月 日

住所 〒

( 法人にあっては、主たる事務所の所在地 )

氏名

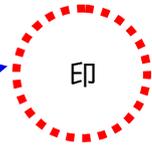
( 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 )

印

( 申請者電話番号 : )

大阪市長

可能であれば  
捨印を押印し  
てください。



### 薬局製剤製造業許可申請書

製造所の名称		薬局		電話 ( 06 - XXXX - XXXX )
製造所の所在地		〒XXX-XXXX 大阪市 区 町 丁目 番号		ビル1階 <small>ビルの場合はビル名と階数を記載</small>
許可の区分		薬局製剤		
製造所の構造設備の概要		薬局等構造設備規則第1条第1項の基準のとおり		
管理者	氏名	大阪 太郎	資格	薬剤師名簿登録 昭和 年 月 日 同登録番号 第 号
	住所	大阪市 区 町 丁目 番号		
申請者(法人)にあっては、その業務を行う役員を含む。	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと	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たこと	全員なし		
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと	全員なし		
	(4) 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たこと	全員なし		
	(5) 後見開始の審判を受けていること	全員なし		
備考	薬局開設許可(申請)年月日 許可番号		平成 年 月 日 第 A 号	<small>既に許可を受けている場合は、記入。</small>

上記により、薬局製剤の製造業の許可を申請します。

平成 年 月 日

空欄でお願いします。

住所 〒

〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕

東京都 区 町 丁目 番号

氏名

〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕

株式会社

代表取締役

個人の場合は個人印を、法人の場合は登記された代表者印を押印。



本社や自宅等の電話番号を記載。

(申請者電話番号: XXX - XXXX - XXXX)

大阪市長

訂正があった場合には、申請された印による訂正もしくは捨印が必要となります。

薬局製剤製造業許可申請書

製造所の名称				
製造所の所在地		〒		
許可の区分		薬局製剤		
製造所の構造設備の概要		薬局等構造設備規則第1条第1項の基準のとおり		
管理者	氏名	資格	薬剤師名簿登録 年 月 日 同登録番号 第 号	
	住所			
申請者(法人にあつては、その業務を行う役員を含む。)の欠格条項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消されたこと			
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消されたこと			
	(3) 禁錮以上の刑に処せられたこと			
	(4) 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たこと			
	(5) 後見開始の審判を受けていること			
備考	薬局開設許可(申請)年月日 許 可 番 号		平成 年 月 日 第 号	

上記により、薬局製剤の製造業の許可を申請します。

平成 年 月 日

住 所 〒

{ 法人にあつては、主たる事務所の所在地 }

氏 名

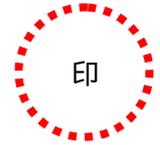
{ 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 }

印

( 申請者電話番号 : )

大阪市長

可能であれば捨印を  
押印してください。



### 薬局製剤製造販売承認申請書

名称	一般的名称	空欄でお願いします		
	販売名	別紙のとおり		
成分及び分量又は本質		薬局製剤指針による		
製造方法		同上		
用法及び用量		同上		
効能又は効果		同上		
貯蔵方法及び有効期間		同上		
規格及び試験方法		同上		
製造販売する品目の製造所	名称	所在地	許可又は 認定の区分	許可又は 認定番号
	薬局	大阪市 区 町 丁目 番号 ビル1階	薬局製剤	号
原薬の製造所	名称	所在地	許可又は 認定の区分	許可又は 認定番号
備考	薬局の名称 許可(申請)年月日 許可番号 <p style="text-align: right;">平成 年 月 日 第 A 号</p>			

上記により、薬局製剤の製造販売の承認を申請します。

既に許可を受けている場合は、記入。

平成 年 月 日

空欄でお願いします。

住所 〒

東京都 区 町 丁目 番号

〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕

氏名

〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕

株式会社

代表取締役

個人の場合は個人印を、法人の場合は登記された代表者印を押印。



本社や自宅等の電話番号を記載。

(申請者電話番号：XXX - XXXX - XXXX)

訂正があった場合には、申請された印による訂正もしくは捨印が必要となります。

大阪市長

薬局製剤製造販売承認申請書

名称	一般的名称			
	販売名		別紙のとおり	
成分及び分量又は本質			薬局製剤指針による	
製造方法			同上	
用法及び用量			同上	
効能又は効果			同上	
貯蔵方法及び有効期間			同上	
規格及び試験方法			同上	
製造販売する品目の製造所	名称	所在地	許可又は認定の区分	許可又は番号
	薬局		薬局製剤	号
原薬の製造所	名称	所在地	許可又は認定の区分	許可又は番号
備考	薬局の名称 許可(申請)年月日 平成 年 月 日 許可番号 第 号			

上記により、薬局製剤の製造販売の承認を申請します。

平成 年 月 日

住所 〒

( 法人にあっては、主たる事務所の所在地 )

氏名

( 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 )

印

( 申請者電話番号 : )

大阪市長

資格者一覧表

管理者及びその他の薬剤師・登録販売者について

薬局又は店舗の管理者			
氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	種別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日

その他の薬剤師又は登録販売者				
1	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数	時間	種別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日
2	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数	時間	種別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日
3	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数	時間	種別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日
4	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数	時間	種別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日
5	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数	時間	種別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日

資格者一覧表

その他の薬剤師又は登録販売者				
6	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	種 別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日
7	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	種 別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日
8	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	種 別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日
9	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	種 別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日
10	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	種 別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日
11	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	種 別	薬剤師・登録販売者 (試験合格者・薬種商)
	薬剤師名簿又は 販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿又は 販売従事登録年月日	年 月 日

# 診 断 書

氏 名		性 別	男 女
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日	年 令 才
上記の者について、下記のとおり診断します。			
1. 精神機能の障害 ( にチェックを付けること)			
明らかに該当なし 専門家による判断が必要 専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況 (できるだけ具体的に記載して下さい。(注1))			
2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者でない。			
診断年月日	平成	年 月 日	
病院、診療所又は介護老人保健施設等の 名 称			
所 在 地			
( ) (注2)			
医師の氏名			印

(注1) 精神機能の障害の程度・内容により、許可(登録、免許、指定、届出)された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。

(注2) 病院、診療所又は介護老人保健施設等の電話番号は必ず記載して下さい。

# 疎明書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、精神機能の障害はなく、又、麻薬、大麻、あへん若しくは覚醒剤の中毒者ではないことを疎明いたします。

平成 年 月 日

法人の主たる  
事務所の所在地

法人の名称

代表者氏名

印

# 使用関係証書

次のとおり、使用関係にあることを証明します。

記

1 勤務場所の名称

所在地

2 勤務総時間

時間/週

3 休日

4 管理者の場合、他の勤務地において薬事に関する業務に従事しないこと。

平成 年 月 日

使用者 住所

氏名

印

被雇用者（管理者・その他薬剤師又は登録販売者・取扱責任者）

住所

氏名

印

大 阪 市 長

# 誓約書

平成 年 月 日

大 阪 市 長

主たる事務所の所在地

法人名称

代表者氏名

印

(氏名)

(店舗・営業所等名)

代表取締役  
弊社は、取締役 \_\_\_\_\_ を弊社の \_\_\_\_\_ の

管理者として下記の条件で当該店舗を実地に管理させることを誓約します。

記

1 勤務場所 店舗所在地

店舗名称

2 勤務総時間 時間/週

3 休 日

4 他の場所において、薬事に関する業務に従事しない。

# 勤務表

<input checked="" type="checkbox"/> 月 <input checked="" type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input checked="" type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 ( 5 日/週 ) 10 : 00 ~ 20 : 00 営業時間 B <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input checked="" type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 ( 1 日/週 ) 9 : 00 ~ 14 : 00 C <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input checked="" type="checkbox"/> 日 ( 1 日/週 ) 9 : 00 ~ 12 : 00		薬局 名称 番号
時間 0 2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22 計		開店時間 68 時間 開店時間 68 時間 OTC販売時間 68 時間 要指導又は第一類販売時間 68 時間 要指導販売時間 68 時間 第一類販売時間 68 時間
A 業時間 12 店時間 12 特定販売時間 12 OTC販売時間 12 要指導又は第一類販売時間 12 要指導販売時間 12 第一類販売時間 12 薬剤師 12 登録販売者 12		情報提供場所 一般医薬品 1 箇所 第一類医薬品 1 箇所 一般用医薬品 1 箇所
B 業時間 5 店時間 5 特定販売時間 5 OTC販売時間 5 要指導又は第一類販売時間 5 要指導販売時間 5 第一類販売時間 5 薬剤師 5 登録販売者 5		体制省令関係 ) ÷ ÷ 2.65 1 ( + ) ÷ ÷ 2.65 1 ÷ 1.00 0.5 ÷ ÷ 1.76 1 ÷ ÷ 1.76 1 ÷ 1.00 0.5 ÷ 1.00 0.5
C 業時間 3 店時間 3 特定販売時間 3 OTC販売時間 3 要指導又は第一類販売時間 3 要指導販売時間 3 第一類販売時間 3 薬剤師 3 登録販売者 3		

薬剤師		勤務時間	
1	大阪 太郎	40	11
2	大阪 次郎	40	12
3	中之島 花子	40	13
4			14
5			15
6			16
7			17
8			18
9			19
10			
薬剤師勤務時間合計			120

登録販売者		勤務時間	
1	京都 三郎	40	11
2	奈良 五郎	20	12
3			13
4			14
5			15
6			16
7			17
8			18
9			19
10			
登録販売者勤務時間合計			60

以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること		となっていること <input checked="" type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
総取扱処方せん枚数(A)	枚 ( 眼科・耳鼻科・歯科 ) × 2/3 + その他の診療科	前年において業務を行った期間及び日数(B)
1日あたりの受取処方箋枚数(A/B)	必要薬剤師数 40枚毎1名	現在の勤務体制による算出薬剤師数
月 日 ~ 月 日 (日数)		時間/週
名		名

薬剤師の員数は実雇人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。就業規則がない場合は、最低時間32時間で除する。イ ロであれば員数を満たしていることになります。

## 勤務表(記載時の留意点)

本市ホームページからダウンロードしたエクセルファイルの場合、黄色のセルを正しく記載すると、青色のセルは自動的に計算されます。

### (ア) 営業時間

店舗又は薬局の営業曜日と時間を記載してください。(医薬品以外の物を販売する時間を含む。)  
営業時間等が同じである曜日はまとめて☑してください。

### (イ) 営業時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間

営業時間及び薬剤師・登録販売者の勤務時間を塗りつぶすか、線を引いて、何時から何時まで営業・勤務しているかをわかるように記載してください。

### (ウ) 開店時間(1週間あたり)

一週間の営業時間等の合計を記載してください。

営業時間：医薬品以外の物を販売する時間を含めた店舗の営業時間。(特定販売のみ行う時間を含む)

開店時間：営業時間のうち特定販売のみを行う時間を除いた時間。(施行規則第14条の3)

特定販売時間：いわゆるインターネット等により医薬品を販売する時間。

OTC販売時間：要指導医薬品又は一般用医薬品を販売する時間。

要指導又は第一類販売時間：要指導医薬品又は第一類医薬品を販売する時間。

要指導販売時間：要指導医薬品を販売する時間。

第一類販売時間：第一類医薬品を販売する時間。

### (エ) 情報提供場所

要指導医薬品、第一類医薬品及び一般用医薬品(二類、三類)を取扱う場合は、それぞれの相談カウンター等、情報提供を行うための設備の数を記載してください。

### (オ) 体制省令関係

計算式のとおり計算し、小数点以下2桁まで記載してください。(右欄に記載してある数値未満の場合は、薬剤師又は登録販売者の勤務体制(人数、時間)等を見直してください。)

$(\quad + \quad) \div \quad \div \quad$  : (薬剤師・登録販売者勤務時間)  $\div$  (要指導医薬品の情報提供設備数)  $\div$  (OTCを取扱う開店時間)

$(\quad + \quad) \div \quad \div \quad$  : (薬剤師・登録販売者勤務時間)  $\div$  (一般用医薬品の情報提供設備数)  $\div$  (OTCを取扱う開店時間)

$\div \quad \div \quad$  : (OTCを取扱う開店時間)  $\div$  (開店時間)

$\div \quad \div \quad$  : (薬剤師の勤務時間)  $\div$  (要指導医薬品の情報提供設備数)  $\div$  (要指導医薬品又は第一類医薬品を扱う開店時間)

$\div \quad \div \quad$  : (薬剤師の勤務時間)  $\div$  (第一類医薬品の情報提供設備数)  $\div$  (要指導医薬品又は第一類医薬品を扱う開店時間)

$\div \quad \div \quad$  : (要指導医薬品を取扱う開店時間)  $\div$  (OTCを取扱う開店時間)

$\div \quad \div \quad$  : (第一類医薬品を取扱う開店時間)  $\div$  (OTCを取扱う開店時間)

### (カ) 薬剤師・登録販売者の氏名と勤務時間

勤務している薬剤師・登録販売者の氏名と一週間の勤務時間を記載してください。また、合計時間を記載してください。

管理者については、1の枠に管理者の氏名を記載し、「管」に を記入してください。

### (キ) 処方箋枚数等の記載

薬局のみ記載してください。

処方箋枚数が1日40枚以下の薬局の場合は、2行目以降の記載の必要はありません。

### (ク) 可能であれば捨印を押印してください。(個人の場合は個人印、法人の場合は登記された代表者印)

# 勤務表

店舗名称	
許可番号	

開店時間(1週間あたり)		
営業時間		時間
開店時間		時間
OTC販売時間		時間
要指導又は第一類販売時間		時間
要指導販売時間		時間
第一類販売時間		時間

情報提供場所		
要指導医薬品		箇所
第一類医薬品		箇所
一般用医薬品		箇所

体制省令関係		
( + ) ÷ ÷		1
( + ) ÷ ÷		1
÷		0.5
÷ ÷		1
÷ ÷		1
÷		0.5
÷		0.5

営業時間	A												計	
	A <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 ( <input type="checkbox"/> 日/週 ) : : ~ : :													
	B <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 ( <input type="checkbox"/> 日/週 ) : : ~ : :													
時間	2 4 6 8 10 12 14 16 18 20 22												計	
	営業時間													
A	開店時間													
	特定販売時間													
	OTC販売時間													
	要指導又は第一類販売時間													
	要指導販売時間													
	第一類販売時間													
	薬剤師													
	登録販売者													
B	営業時間													
	開店時間													
	特定販売時間													
	OTC販売時間													
	要指導又は第一類販売時間													
	要指導販売時間													
	第一類販売時間													
	薬剤師													
C	登録販売者													
	営業時間													
	開店時間													
	特定販売時間													
	OTC販売時間													
	要指導又は第一類販売時間													
	要指導販売時間													
	第一類販売時間													
薬剤師														
登録販売者														

薬剤師		勤務時間	
1	管	11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		薬剤師勤務時間合計	

登録販売者		勤務時間	
1	管	11	
2		12	
3		13	
4		14	
5		15	
6		16	
7		17	
8		18	
9		19	
10		登録販売者勤務時間合計	

( 薬局のみ記載 )	となっていること	<input type="checkbox"/> 適 ・ <input type="checkbox"/> 否
------------	----------	---

以下、1日あたりの受取処方箋枚数40枚以上の薬局において記載すること

総取扱処方せん枚数(A)		枚	(眼科・耳鼻科・歯科) ×2/3+その他の診療科	前年において業務を行った期間及び日数(B)		月 日 ~ 月 日
1日あたりの受取処方箋枚数(A/B)		枚		就業時間		(日数) 日
必要薬剤師数 40枚毎1名	イ		名	現在の勤務体制による 算出薬剤師数	ロ	時間/週
						名

薬剤師の員数は実雇人数ではなく、各薬剤師毎の勤務延べ時間/就業時間(1週間あたり)で割り出した数で算出します。就業規則がない場合は、最低時間32時間で除する。イ ロであれば員数を満たしていることになります。

## 特定販売に関する書類の記載時の留意点

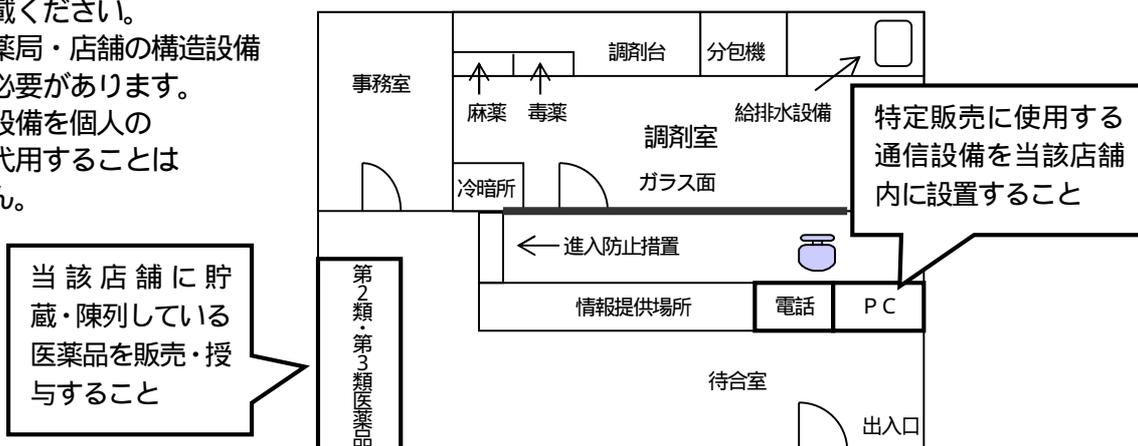
- 1 「 特定販売を行う際に使用する通信手段」及び「 特定販売を行う医薬品の区分」
  - ・ 該当する箇所に印 (  ) をつけてください。
- 2 「 特定販売を行う時間」及び「 営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合はその時間」
  - ・ 「月～金9時～18時、土9時～14時」のように記載してください。
- 3 「 主たるホームページアドレス」
  - ・ 一般用医薬品を広告しているホームページのうち、当該一般用医薬品を購入する者等が通常最初に見るホームページアドレスを記載してください。( 医薬品販売サイトのトップページ・メインページのアドレス。必ずしも薬局等のトップページのアドレスではありません。)
  - ・ 当該ホームページの閲覧に必要なパスワード等がある場合には、併せてそのパスワード等を記載してください。
  - ・ 一つの薬局等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を記載してください。ただし、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をまとめたホームページを開設している場合は、そのホームページアドレスを提出することで差し支えありません。
- 4 「 主たるホームページの構成の概要」
  - ・ 特定販売を行うことについてインターネットで広告をするときは、ホームページでの医薬品の表示内容や表示すべき事項の表示の状況等が分かるようなホームページのイメージ等を記載してください。( コンテンツの配置図やサイトマップ ( ウェブサイト上にあるページのリスト ) 等 )
  - ・ 一つの薬局等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「主たるホームページの構成の概要」を記載してください。
  - ・ カタログ等を用いて特定販売を行う場合においても、同様の概要を記載してください。
- 5 「 保健所設置市等が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の概要」
 

**デジタルカメラは、薬局・店舗内の人や様子をはっきりと撮影できる機能を有するものを備えてください。**

  - ・ 該当する箇所に印 (  ) をつけてください。( 営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合は全ての設備を備える必要があります。)
  - ・ 開店時間外に特定販売のみを行う営業時間がない場合には、記載する必要はありません。
  - ・ 開店時間外に特定販売を行っている営業時間がある場合に、保健所設置市等が特定販売の実施方法を適切に監督する観点から、画像又は映像をパソコン等により都道府県等の求めに応じて直ちに電送できる設備 ( ) を整備する必要があります。
  - ・ ( ) デジタルカメラ、電話、電子メール、デジタルカメラで撮影した画像を電子メールに添付して電送するために必要な設備 ( ケーブル等 )
  - ・ 当該設備は、薬局・店舗の構造設備として備える必要があります。従って、当該設備を個人の携帯電話等で代用することは認められません。
- 6 「 広告の手段」
  - ・ 該当する箇所に印 (  ) をつけてください。

### 添付書類：店舗の平面図

- ・ 特定販売を行う一般用医薬品等は、当該店舗内に陳列する必要があるため、店舗の平面図に医薬品の貯蔵・陳列場所を記載してください。
- ・ 特定販売を行う際に使用する通信設備は、当該店舗に設置する必要があるため、店舗の平面図に通信機器の場所を記載ください。
- ・ 通信設備は、薬局・店舗の構造設備として備える必要があります。従って、当該設備を個人の携帯電話等で代用することは認められません。



【記載例】

【特定販売に関する書類】

(法第4条第3項4号口関係、法第26条第3項第5号関係)

特定販売を行う際に使用する通信手段	郵便 <input type="checkbox"/> 電子メール <input checked="" type="checkbox"/> テレビ電話 <input type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他 ( )
特定販売を行う医薬品の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品 薬局製造販売医薬品(毒薬及び劇薬であるものを除く。)
特定販売を行う時間	月曜日～日曜日 0時～24時
営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合は、その時間 該当する場合は を記入してください。	月曜日～日曜日 0時～8時
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	薬局 ウェブストア
特定販売を行うことについてインターネットを利用して広告するとき	主たるホームページアドレス  <a href="http://www. . . . .jp/">http://www. . . . .jp/</a> (パスワード ) ホームページを閲覧するためにパスワード等が必要な場合は記入してください。
	主たるホームページの構成の概要(コンテンツの配置図やサイトマップ(ウェブサイト上にあるページのリスト)等を記載してください。)  <pre> graph TD     A[医薬品販売部門 (で示したサイト)] --&gt; B[第1類医薬品]     A --&gt; C[第2類・3類医薬品]     A --&gt; D[掲示事項]     </pre>
保健所設置市等が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の概要 に該当する場合はのみ記入してください。	<input checked="" type="checkbox"/> デジタルカメラ <input checked="" type="checkbox"/> 電話 (電話番号 000-0000-0000 ) <input checked="" type="checkbox"/> 電子メール (アドレス <a href="mailto:osakashiyakusyo@.jp">osakashiyakusyo@.jp</a> ) <input checked="" type="checkbox"/> デジタルカメラで撮影した画像を電子メールに添付して電送するために必要な設備 (ケーブル等)
広告の手段	<input checked="" type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> はがき・DM その他 ( )

【特定販売に関する書類】

(法第4条第3項4号口関係、法第26条第3項第5号関係)

特定販売を行う際に使用する 通信手段	郵便 電子メール テレビ電話 電話 FAX その他( )
特定販売を行う医薬品の区分	第1類医薬品 指定第2類医薬品 第2類医薬品 第3類医薬品 薬局製造販売医薬品(毒薬及び劇薬であるものを除く。)
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 がある場合は、その時間 該当する場合は を記入してください。	
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	
特定販売を行うこ とについてインタ ーネットを利用し て広告するとき	主たるホームペ ージアドレス  (パスワード : ) ホームページを閲覧するためにパスワード等が必要な場合は記入してください。
	主たるホームペ ージの構成の概 要(コンテンツ の配置図やサイ トマップ(ウェ ブサイト上にあ るページのリス ト)等を記載し てください。)
保健所設置市等が特定販売の実施方 法に関する適切な監督を行うために必 要な設備の概要 に該当する場合のみ記入してください。	デジタルカメラ 電話(電話番号 : ) 電子メール(アドレス : ) デジタルカメラで撮影した画像を電子メールに添付して電送するた めに必要な設備(ケーブル等)
広告の手段	インターネット カタログ チラシ はがき・DM その他( )

## 薬剤師不在時の対応についてのチェックリスト

薬局名： \_\_\_\_\_

### < 薬剤師不在時の対応 >

1	<p>薬剤師不在時間は、調剤室を閉鎖することができる構造である。            (構造設備規則第1条第9号二、施行規則第14条の3)</p>
2	<p>薬剤師不在時間は、要指導医薬品、第一類医薬品を通常陳列し、交付する場所を閉鎖することができる構造である。            (構造設備規則第1条第6号など、施行規則第14条の3)  <u>なお、登録販売者も不在となることが想定される場合は、第2、3類医薬品を通常陳列し、交付する場所も閉鎖することができる構造を有すること。</u></p>
3	<p>薬剤師不在時間に係る事項(調剤に応じることができない旨、不在にしている理由、薬局に戻る予定時刻)を、薬局内及び薬局の外側のそれぞれ見やすい場所に掲示するようにしている。(施行規則第15条の16)</p>
4	<p>1日当たりの薬剤師不在時間は、4時間又は1日の開店時間の2分の1のいずれかの短い時間を超えない。(体制省令第1条第1項第7号)</p>
5	<p>薬剤師不在時間内は、管理薬剤師(または代行者)が、当該薬局において勤務している従事者と連絡をできる体制を備えている。(体制省令第1条第1項第8号)</p>
6	<p>薬剤師不在時間内に調剤を行う必要が生じた場合に、近隣の薬局を紹介すること又は調剤に従事する薬剤師が速やかに当該薬局に戻ることを備える体制等を構じる体制を備えている。(体制省令第1条第1項第9号)            [紹介する場合の近隣の薬局名： _____ ]</p>
7	<p>薬剤師不在時間における薬局の適正な管理のための業務に関する手順書を作成の上、その手順書に基づく業務の実施につき必要な措置が講じられていること。            (体制省令第1条第2項第4号)</p>

(注1) 1～2について、新たに閉鎖設備を設けた場合は、併せて構造設備の変更届が必要です。

(注2) 7について、新たに作成した手順書を窓口で提示してください。

「施行規則」：医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則

「構造設備規則」：薬局等構造設備規則

「体制省令」：薬局並びに店舗販売業及び配置販売業の業務を行う体制を定める省令

「施行通知」：医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則の一部を改正する省令

等の施行等について(平成29年9月26日 薬生発0926第10号)