

愛知県収入証紙をここへ貼ってください。
(消印はしないこと。)

薬局開設許可申請書

薬局の名称							
薬局開設の場所							
薬局の構造設備の概要							
薬局の 管理者	氏名						
	住所						
	薬剤師名簿 登録番号	第	号	薬剤師名簿 登録年月日	昭和 平成	年	月
その他の 薬剤師	氏名						
	住所						
	薬剤師名簿 登録番号	第	号	薬剤師名簿 登録年月日	昭和 平成	年	月
一日平均取扱処方せん数		枚					
通常の営業日及び営業時間							
兼営事業の種類							
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)	禁錮以上の刑に処せられたこと					
	(3)	薬事に関する法令又はこれに基づく処分に違反したこと					
	(4)	後見開始の審判を受けていること					
備考	開設者（法人の代表者） [薬剤師・非薬剤師] 管理医療機器販売（ する・しない ） 管理医療機器賃貸（ する・しない ） 電話（ ） -						

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

大正
昭和 年 月 日 生
平成 設立

愛知県知事

殿