

専門医療機関連携薬局認定申請書

許可番号及び年月日	第〇〇号 年 月 日		
薬局の名称	〇〇薬局		
薬局の所在地	〒 ー 〇〇市〇〇町〇〇		
法第6条の3第1項に規定する傷病の区分	がん		
法第6条の3第2項第2号に規定する薬剤師の氏名	〇〇〇〇		
利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要	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	別紙のとおり		
専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導の業務を行う体制の概要	別紙のとおり		
(法人にあつては) 薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名	〇〇、〇〇…		
申請者(法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員を含む。)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)	拘禁刑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	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、その違反行為があつた日から2年を経過していない者	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当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	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を有すると認められない者	全員なし
備考	担当者及び電話番号：担当者〇〇、電話番号 000000000 薬局電話番号：000000000		

上記により、専門医療機関連携薬局の認定を申請します。

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)

広島県知事 様

#### 【申請書の記載事項】

- 1 「許可番号及び年月日」の年月日は、薬局開設許可の有効期間が始まる年月日とする。
- 2 法第6条の3第1項に規定する傷病の区分欄には、第10条の3第1項で定める傷病の区分を記載すること。
- 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 専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導の業務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。
- 6 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。