

薬局開設許可申請書

■ 薬局開設許可申請書とは

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第4条第2項の規定により、薬局開設の許可を受けようとする者が、その所在地の都道府県知事（保健所設置市においては、市長）に提出するもの。

電子申請の方法

- 各保健所(部)の電子申請窓口をクリックすると、申請画面に進みます。

薬局開設許可申請書

入力の状況

0%

大分県の「薬局開設許可申請書」のオンライン申請ページです。

薬局開設許可申請書

事前相談が必要です。薬局の新規申請を保健所(部)に行います。許可証の受け取りは保健所窓口です。

Grafferアカウントを利用する方

ログインしていただくと、申請書の一時保存や申請履歴の確認ができます。


新規登録またはログインして申請


または

Grafferアカウントを利用しない方

メールアドレスの確認のみで申請ができます。
一時保存や申請履歴の確認など一部機能は使えません。

アカウント登録せずにメールで申請

 申請手続きの内容を確認してください。

 「新規登録またはログインして申請」をクリックしてください。

電子申請の方法

 **Graffer**
スマート申請

大分県 ログイン

Grafferアカウントをお持ちの方

[Grafferアカウント規約](#) [プライバシーポリシー](#) をお読みの
うえ、同意してログインしてください。

 **Googleでログイン**

 **LINEでログイン**

 **メールアドレスでログイン**

[ログイン方法について教えてください](#)

[大分県のサービスにG Biz IDでログインする](#)

Grafferアカウントをお持ちでない方

Grafferアカウントに登録すると、申請書の一時保存や申請履歴の確認が
できます。アカウント登録は無料です。

新規アカウント登録

アカウント情報を入力してログインしてください。

電子申請の方法

薬局開設許可申請書

入力の状況

0%

大分県の「薬局開設許可申請書」のオンライン申請ページです。

薬局開設許可申請書

事前相談が必要です。薬局の新規申請を保健所（部）に行います。許可証の受け取りは保健所窓口です。

利用規約をご確認ください

[利用規約](#) に同意して、申請に進んでください。

利用規約に同意する 必須

申請に進む

1. 利用規約を確認して同意するにチェックを入れてください。
2. 「申請に進む」をクリックしてください。

電子申請の方法

■ 申請者が個人の場合

入力状況

20%

申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

法人

氏名 必須

郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

住所を自動で入力

住所 必須

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

■ 申請者が法人の場合

入力状況

20%

申請者の情報

申請者の種別 必須

個人

法人

🔍 法人を検索して自動入力する

法人名称 必須

郵便番号 必須

ハイフンなしの半角7桁で入力してください

住所を自動で入力

主たる事務所の所在地 必須

電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を入力してください

入力フォームにそって申請者の情報を入力してください。

電子申請の方法

■ 申請者が法人の場合

法人代表者の情報

法人代表者の職 必須

例：代表取締役等

法人代表者の氏名 必須

一時保存して、次へ進む

< 戻る

入力フォームにしたがって
法人代表者の情報を入力し
てください。

電子申請の方法

薬局について

薬局の名称 必須

薬局の所在地（郵便番号） 必須

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

薬局の所在地 必須


① 自動入力後、番地、マンション名、部屋番号など、住所の続きがあれば入力してください。

薬局の電話番号 必須

日中に連絡が取れる電話番号を、ハイフンなしの半角数字で入力してください。

入力フォームにしたがって
薬局の情報を入力してください。

1 申請書

薬局の名称		TEL	
薬局の所在地 〒			
薬局の構造設備の概要			
別紙のとおり			
薬局の管理者	フリガナ 氏名	男 生 ・ 女	免許証 照合欄
	住所 〒		
	週当たり勤務時間数	時間	1日平均取 扱方箋枚数
薬剤師名簿登録番号・登録年月日 番号:		枚	
通常の営業日及び営業時間			
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先			
兼営事業の種類			
販売する医 薬品の区分	1. 薬局医薬品(2を除く) 2. 薬局製造販売医薬品 3. 要指導医薬品 4. 第一類医薬品 5. 指定第二类医薬品 6. 第二类医薬品 7. 第三類医薬品		
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	
特定販売の実施の有無	有 (別添書類有り)・無		
健康サポー ト薬局表示の有無	有 ・ 無		
薬剤師不在時間の有無	有 ・ 無		
申請者 (法人に あっては、 薬事に関す る業務に責 任を有する 役員を含 む)の欠格 条項	(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	□有□無	
	(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	□有□無	
	(3)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	□有□無	
	(4)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	□有□無	
	(5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	□有□無	
	(6)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	□有□無	
	(7)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	□有□無	

電子申請の方法

薬局の管理者について

管理者の氏名 必須

例：大分 太郎

管理者の氏名(カナ) 必須

例：オオイタ タロウ

管理者の生年月日 必須

和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

管理者の性別 必須

男性

女性

管理者の住所(郵便番号) 必須

郵便番号から住所を入力

① 「郵便番号から住所を入力」を押すと、住所の一部が自動入力されます。

管理者の住所 必須

管理者の週当たりの勤務時間数 必須

半角数字で小数点第1位まで入力可能です。〇〇時間の〇〇部分のみ入力してください。


薬剤師名簿登録番号 必須

薬剤師名簿登録年月日 必須

和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

入力フォームにしたがって
管理者情報を入力してください。

1 申請書

薬局の名称		TEL
薬局の所在地 〒		
薬局の構造設備の概要		
別紙のとおり		
薬局の管理者	フリガナ 氏名	免許証 照合欄 
	住所 〒	男 生・ 女
	週当たり勤務時間数	時間 1日平均取 扱方箋枚数
薬剤師名簿登録番号・登録年月日 番号:		枚
通常の営業日及び営業時間		
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先		
兼営事業の種類		
販売する医 薬品の区分	1. 薬局医薬品(2を除く) 2. 薬局製造販売医薬品 3. 要指導医薬品 4. 第一類医薬品 5. 指定第二類医薬品 6. 第二類医薬品 7. 第三類医薬品	
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
特定販売の実施の有無	有 (別添書類有り)・無	
健康サポー ト薬局表示の有無	有 ・ 無	
薬剤師不在時間の有無	有 ・ 無	
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 条項	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3)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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(4)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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(6)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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(7)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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

電子申請の方法

その他の薬剤師について

その他の薬剤師 任意 最大15件まで入力可能

+ 追加する

その他の薬剤師 任意 最大15件まで入力可能

1件目 その他の薬剤師

薬剤師の氏名 必須

薬剤師の住所 必須

0/400

薬剤師の生年月日 必須

和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

薬剤師名簿登録番号 必須

薬剤師名簿登録年月日 必須

和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

週当たり勤務時間数 必須

半角数字で小数点第1位まで入力可能です。〇〇時間の〇〇部分のみ入力してください。

+ もう1件追加する

入力フォームにしたがって
その他薬剤師の情報を入力してください。

その他の薬剤師

氏名	住所	生年月日	登録番号	登録年月日	週当たり 従事時間

電子申請の方法

その他の登録販売者について

その他の登録販売者

任意

最大15件まで入力可能

+ 追加する

その他の登録販売者

任意

最大15件まで入力可能

1件目 その他の登録販売者

×

登録販売者の氏名 必須

登録販売者の住所 必須

0/400

登録販売者の生年月日 必須

和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

販売従事登録番号 必須

販売従事登録年月日 必須

和暦で入力してください。例：昭和〇〇年〇〇月〇〇日

週当たり勤務時間数 必須

半角数字で小数点第1位まで入力可能です。〇〇時間の〇〇部分のみ入力してください。

+ もう1件追加する

入力フォームにしたがって
その他登録販売者の情報を入力してください。

その他の登録販売者

氏名	住所	生年月日	登録番号	登録年月日	週当たり 従事時間

電子申請の方法

事業内容について

1日平均取扱処方箋枚数（推定枚数） 必須

半角数字で入力してください。〇〇枚の〇〇部分のみ入力してください。

通常の営業日及び営業時間 必須

例：月～金（9～17時）、土（9～12時）、日祝（休）等

相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先 必須


ハイフンなしの半角数字で入力してください。

兼営事業の種類 必須

当該薬局において薬局以外の業務を併せ行うときはその業務の種類を記載し、ないときは「なし」と記載すること。

入力フォームにしたがって
薬局の事業内容を入力して
ください。

1 申請書

薬局の名称		TEL	
薬局の所在地 〒			
薬局の構造設備の概要 別紙のとおり			
フリガナ 氏名	男 生 ・ 女	免許証 照合欄	
			
住所 〒		1日平均取扱処方箋枚数	
過当たり勤務時間数		時間	枚
薬剤師名簿登録番号・登録年月日 番号：			
通常の営業日及び営業時間			
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先			
兼営事業の種類			
販売する医薬品の区分	1. 薬局医薬品（2を除く） 2. 薬局製造販売医薬品 3. 要指導医薬品 4. 第一類医薬品 5. 指定第二類医薬品 6. 第二類医薬品 7. 第三類医薬品		
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		
特定販売の実施の有無	有（別添書類有り）・無		
健康サポート薬局表示の有無	有・無		
薬剤師不在時間の有無	有・無		
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 条項	(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	□有□無	
	(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	□有□無	
	(3) 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	□有□無	
	(4) 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	□有□無	
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	□有□無	
	(6) 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	□有□無	
	(7) 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	□有□無	

電子申請の方法

入力フォームにしたがって
薬局の事業内容を入力してください。

販売する医薬品の区分 必須

販売する品目を全て選択してください。薬局製造販売医薬品は、薬局製剤製造医薬品及び薬局製剤製造販売の許可を取得している薬局のみ取り扱うことができます。

<input type="checkbox"/>	1. 薬局医薬品（2を除く）
<input type="checkbox"/>	2. 薬局製造販売医薬品
<input type="checkbox"/>	3. 要指導医薬品
<input type="checkbox"/>	4. 第一類医薬品
<input type="checkbox"/>	5. 指定第二类医薬品
<input type="checkbox"/>	6. 第二类医薬品
<input type="checkbox"/>	7. 第三類医薬品


放射性医薬品の取り扱い 必須

<input type="radio"/>	有
<input type="radio"/>	無

特定販売の実施の有無 必須

<input type="radio"/>	有
<input type="radio"/>	無

1 申請書

薬局の名称		TEL
薬局の所在地 〒		
薬局の構造設備の概要		
別紙のとおり		
薬局の管理者	フリガナ 氏名	免許証 照合欄 
	住所 〒	男 生 ・ 女
週当たり勤務時間数	時間	1日平均取 扱方箋枚数
薬剤師名簿登録番号・登録年月日 番号:		枚
通常の営業日及び営業時間		
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先		
兼営事業の種類		
販売する医薬品の区分	1. 薬局医薬品(2を除く) 2. 薬局製造販売医薬品 3. 要指導医薬品 4. 第一類医薬品 5. 指定第二类医薬品 6. 第二类医薬品 7. 第三類医薬品	
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	
特定販売の実施の有無	有（別添書類有り）・無	
健康サポート薬局表示の有無	有 ・ 無	
薬剤師不在時間の有無	有 ・ 無	
申請者 (法人に あっては、 薬事に関する 業務に責任を有する 役員を含む) の欠格 条項	(1) 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(2) 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消の日から3年を経過していない者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3) 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(4) 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(6) 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(7) 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

電子申請の方法

入力フォームにしたがって
薬局の事業内容を入力してください。

健康サポート薬局表示の有無 必須

有

無

薬剤師不在時間の有無 必須

有

無

薬事に関する業務に責任を有する役員（責任役員）の氏名

必須 最大14件まで入力可能

法人の場合のみ入力フォームが出てきます。

「追加する」ボタンを押下することで最大14名まで登録可能です。

+ 追加する

「追加する」を押すと役員氏名を入力するフォームが出てきます。

1件目 薬事に関する業務に責任を有する役員（責任役員）の氏名

責任役員の氏名 必須

例：大分 太郎

1 申請書

薬局の名称		TEL
薬局の所在地 〒		
薬局の構造設備の概要 別紙のとおり		
フリガナ 氏名	住所 〒	免許証照合欄 男 生 女

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
特定販売の実施の有無	有（別添書類有り）・無
健康サポート薬局表示の有無	有・無
薬剤師不在時間の有無	有・無
<small>(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</small>	
□有□無	

(法人にあつては)

4 業務に責任を有する役員の氏名


電子申請の方法

入力フォームにしたがって申請者の欠格条項を入力してください。

下記事実の該当について(1) 必須

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

なし

あり 

欠格条項に「該当あり」の場合は、内容について入力します。

(1)の理由を入力してください。 必須


(1)において、許可を取り消された年月日を入力してください。 必須

----- 月 ----- 日

下記事実の該当について(2) 必須

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

なし

あり 

(2)の理由を入力してください。 必須

(2)において、登録を取り消された年月日を入力してください。 必須

----- 月 ----- 日

下記事実の該当について(3) 必須

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

なし

あり 

罪名、刑について 必須

0/400

(3)において、刑の確定年月日を入力してください。 必須

----- 月 ----- 日


(3)において、執行が終わった年月日を入力してください。 必須

執行を受けることがなくなった場合はその年月日を入力してください。

----- 月 ----- 日

申請者の欠格条項について

1 申請書

薬局の名称		TEL	
薬局の所在地 〒			
薬局の構造設備の概要			
別紙のとおり			
薬局の管理者	フリガナ 氏名	男 生 ・ 女	免許証 照合欄 
	住所 〒		
	週当たり勤務時間数	時間	1日平均取 扱方箋枚数
薬剤師名簿登録番号・登録年月日 番号:		枚	
通常の営業日及び営業時間			
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先			
兼 営 事 業 の 種 類			
販売する医 薬品の区分	1. 薬局医薬品(2を除く) 2. 薬局製造販売医薬品 3. 要指導医薬品 4. 第一類医薬品 5. 指定第二類医薬品 6. 第二類医薬品 7. 第三類医薬品		
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		
特定販売の実施の有無	有 (別添書類有り)・無		
健康サポー ト薬局表示の有無	有 ・ 無		
薬剤師不在時間の有無	有 ・ 無		

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 条項	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3)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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(4)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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5)麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(6)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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(7)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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

電子申請の方法

入力フォームにしたがって申請者の欠格条項を入力してください。

下記事実の該当について(4) 必須

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

なし

あり

(4)において、違反の事実を入力してください。 必須

(4)において、違反した年月日を入力してください。 必須

----- 月 ----- 日

下記事実の該当について(5) 必須

麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者

なし

あり

下記事実の該当について(6) 必須

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

なし

あり

精神機能障害に関する医師の診断書 必須
 スキャンデータを添付してください。概ね申請前3ヵ月以内に診断されたもの。原本は現地確認時に提出していただきます。

ファイルを選択...

申請時はデータ提出とし、現地確認時に原本を提出してもらいます。

下記事実の該当について(7) 必須

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

なし

あり

1 申請書

薬局の名称		TEL	
薬局の所在地 〒			
薬局の構造設備の概要			
別紙のとおり			
薬局の管理者	フリガナ 氏名	男 生 ・ 女	免許証 照合欄
	住所 〒		
週当たり勤務時間数	時間	1日平均取 扱方箋枚数	
薬剤師名簿登録番号・登録年月日 番号:		枚	
通常の営業日及び営業時間			
相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先			
兼 営 事 業 の 種 類			
販売する医 薬品の区分	1. 薬局医薬品(2を除く) 2. 薬局製造販売医薬品 3. 要指導医薬品 4. 第一類医薬品 5. 指定第二類医薬品 6. 第二類医薬品 7. 第三類医薬品		
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		
特定販売の実施の有無	有 (別添書類有り)・無		
健康サポー ト薬局表示の有無	有 ・ 無		
薬剤師不在時間の有無	有 ・ 無		


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 条項	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(3) 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(4) 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(5) 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(6) 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	(7) 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

電子申請の方法

添付書類


薬局所在地見取図 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

 ファイルを選択…


薬局の平面図 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

 ファイルを選択…


薬局の構造設備の概要 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

 ファイルを選択…


放射性医薬品を取り扱うために必要な設備の概要 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

 ファイルを選択…

業務を行う体制の概要 必須

調剤、調剤された薬剤及び医薬品の販売等を行う業務体制の概要資料を、データファイル等で添付してください。

 ファイルを選択…

添付書類はデータファイルで提出してください。

放射性医薬品の取り扱い「有」場合のみ
入力フォームが出てきます。

放射性医薬品の取り扱い <small>必須</small>
<input checked="" type="radio"/> 有
<input type="radio"/> 無

電子申請の方法

特定販売に関する事項 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

↑ ファイルを選択…

特定販売の実施「有」場合のみ入力フォームが出てきます。

特定販売の実施の有無 必須

有

無

調剤・試験検査設備器具一覧表 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

↑ ファイルを選択…

検査センター利用承諾書 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

↑ ファイルを選択…

薬局製造販売医薬品を取り扱う場合のみ入力フォームが出てきます。

販売する医薬品の区分 必須

販売する品目を全て選択してください。薬局製造販売医薬品は、薬局製剤製造業及び薬局製剤製造販売業の許可を取得している薬局のみ取り扱うことができます。

1. 薬局医薬品（2を除く）

2. 薬局製造販売医薬品

3. 要指導医薬品

4. 第一類医薬品

5. 指定第二类医薬品

6. 第二类医薬品

7. 第三類医薬品

試験室利用承諾書 必須

上記について、データファイル等を添付してください。

↑ ファイルを選択…

登記事項証明書 必須

上記について、データファイル等を添付してください。原本は現地確認時に提出していただきます。


↑ ファイルを選択…

申請時はデータ提出とし、現地確認時に原本照合を行います。

電子申請の方法

資格証明書 必須


上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。現地確認時に原本照合を行います。

 ファイルを選択…

申請時はデータ提出とし、現地確認時に原本照合を行います。


雇用契約書の写し又は使用関係証明書 任意

上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。

 ファイルを選択…

健康サポート薬局に関する書類 必須

上記について、データファイル等を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。


 ファイルを選択…

健康サポート薬局表示が「有」の場合のみ入力フォームが出てきます。

健康サポート薬局表示の有無 <small>必須</small>
<input checked="" type="radio"/> 有
<input type="radio"/> 無

薬剤師不在時間に関する書類 必須

薬剤師不在時間の対応についてのチェックリスト及び業務手順書を添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。


 ファイルを選択…

薬剤師不在時間が「有」の場合のみ入力フォームが出てきます。

薬剤師不在時間の有無 <small>必須</small>
<input checked="" type="radio"/> 有
<input type="radio"/> 無

その他の添付書類 任意

その他添付書類について添付してください。複数ファイルの場合にはZipファイルにまとめて添付してください。

 ファイルを選択…

電子申請の方法

確認事項

原本提出について 必須

以下の書類は現地確認時に原本提出が必要です。提出の必要がない場合にも確認のうえ、チェックをしてください。

登記事項証明書（法人の場合のみ）

診断書（欠格条項6に該当する恐れがある場合のみ）

原本照合について 必須

以下の書類は現地確認時に原本照合を行います。確認のうえ、チェックをしてください。

資格証明書

備考

備考 任意

原本提出と原本照合が必要な書類について、再度確認してもらいます。

電子申請の方法

手数料について

手数料 必須

手数料をご確認ください。お支払いについては別途通知させていただきます。

29,000円

一時保存して、次へ進む

< 戻る

手数料を確認してください。

手数料の支払いについて

受付職員が申請内容を確認後、手数料納付依頼を登録メールあてに通知します。内容を確認後、支払いをお願いします。

電子申請の方法

入力状況 100%

申請内容の確認

申請者の情報

申請者の種別 必須

法人 [編集](#)

法人名称 必須

株式会社やくむ [編集](#)

郵便番号 必須

8708501 [編集](#)

主たる事務所の所在地 必須

大分県大分市大手町 [編集](#)

電話番号 必須

097-506-2650 [編集](#)

この内容で申請する

1. すべての入力が終了すると、申請内容の確認画面に移ります。内容に間違いがないかを確認してください。
 2. 間違いがなければ「この内容で申請する」をクリックしてください。
- 電子申請の入力は以上で終了です。

電子申請後について

1. 「申請受付」の通知が届きますので確認してください。
2. 保健所で受付後、手数料支払い依頼の通知がメールが届きますので支払いをお願いします。
3. 許可証は保健所(部)窓口で交付します。