

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。)

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	号	年	月	日
薬局の名称					
薬局の所在地					
法第6条の3第1項に規定する傷病の区分					
法第6条の3第2項第2号に規定する薬剤師の氏名					
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				
(法人にあっては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名					
申請者に責任を有する役員(法人にあっては、薬事に関する業務の欠格事由を含む)の氏名	(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			
	(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			
	(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			
	(4)	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			
	(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、その違反行為があった日から2年を経過していない者			
	(6)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者			
	(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			
	(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			
備考					

上記により、専門医療機関連携薬局の認定を申請します。

令和 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)

愛知県知事 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 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。
- 4 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)欄にあってはその理由及び年月日を、(4)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、(5)欄にあっ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。