

**様式第五の三**（第十条の三関係）

専門医療機関連携薬局認定申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号及び年月日 | | | |  | |
| 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 | | | | 別紙のとおり | |
| 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（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 | |  |
| (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つた後、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、その違反行為があつた日から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 | |  |
| (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 | | | | ●薬局の電話番号： | |

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

大阪府知事　殿

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：

専門医療機関連携薬局認定申請書（記載時の留意点）

①　許可番号及び年月日

◆　薬局開設許可番号及び許可年月日を記載してください。

②　薬局の名称

◆　薬局開設許可証どおりに記載してください。

③　薬局の所在地

◆　薬局開設許可証どおりに記載してください。

④　法第６条の３第１項に規定する傷病の区分

◆　医薬品医療機器等法施行規則第10条の３第1項で定める傷病の区分を記載してください。

⑤　法第６条の３第２項第２号に規定する薬剤師の氏名

◆　「別紙のとおり」と記載し、認定基準適合表の別紙９「常勤の薬剤師一覧」へ記載してください。

⑥　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」と記載し、認定基準適合表へ記載してください。

⑦　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」と記載し、認定基準適合表へ記載してください。

⑧　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」と記載し、認定基準適合表へ記載してください。

⑨　（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

* 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、全員が薬事に関する業務に責任を有する役員となります。
* 薬局開設許可等において申し出た内容と同一になります。

⑩　申請者の欠格事由

◆　(1)欄から(8)欄までには、当該事実がないときには「なし」（申請者が法人の場合で役員が複数名いる場合は「全員なし」）と記載してください。当該事実があるときは、(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してください。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がいに係る医師の診断書を添付してください。

⑪　備考欄

◆　当該薬局の電話番号を記載してください。

⑫　申請年月日

◆　申請書を提出する日付を記載してください。

⑬　申請者の住所、氏名

◆　個人の場合は現住所、法人の場合は登記された本社の所在地を記載してください。

◆　個人の場合は個人名を記載し、法人の場合は登記された商号および代表者名を記載してください。

⑭　連絡先

◆　担当者名及び電話番号を記載してください。

**様式第五の三**（第十条の三関係）**（記載例）**

専門医療機関連携薬局認定申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 許可番号及び年月日 | | | | Ａ０００００、令和〇年〇月〇日 | |
| 薬局の名称 | | | | ○○　薬局 | |
| 薬局の所在地 | | | | ○○市○○町○丁目○－○　○○ビル１階 | |
| 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 | | | | 別紙のとおり | |
| 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（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) | 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つた後、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 | | | | ●薬局の電話番号：０６－００００－００００ | |

上記により、専門医療機関連携薬局の認定を申請します。

令和〇年　〇月　〇日

住　所法人にあっては、主たる事業所の所在地　○○市○○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　○○　○○

大阪府知事　殿

〔連絡先〕　担当者名：００　００

　　　　　　電話番号：０６－００００－００００