

様式第一の三（第六条の二関係）

特定調剤業務の受委託又は受渡委託をする場合の許可に係る許可申請書

許 可 番 号 及 び 年 月 日		
薬 局 の 名 称		
薬 局 の 所 在 地		
特 定 調 剤 業 務 委 託 の 実 施 の 有 無		有 ・ 無
有 の 場 合	受託薬局の開設者の氏名（法人にあつてはその名称）	
	受 託 薬 局 の 開 設 者 の 住 所 （法人にあつては主たる事務所の所在地）	
	受 託 薬 局	名 称
		所 在 地
		管 理 番 号
	受託薬局の相談時及び緊急時の連絡先	
	委 託 す る 特 定 調 剤 業 務 の 内 容	
特 定 調 剤 業 務 の 管 理 を 行 う 体 制 の 概 要		
特 定 調 剤 業 務 の 受 託 の 実 施 の 有 無		有 ・ 無
有 の 場 合	委託薬局の開設者の氏名（法人にあつてはその名称）	
	委 託 薬 局 の 開 設 者 の 住 所 （法人にあつては主たる事務所の所在地）	
	委 託 薬 局	名 称
		所 在 地
		管 理 番 号
	委託薬局の相談時及び緊急時の連絡先	
	委 託 を 受 け る 特 定 調 剤 業 務 の 内 容	
特 定 調 剤 業 務 を 行 う 体 制 の 概 要		
受 渡 委 託 の 実 施 の 有 無		有 ・ 無
有 の 場 合	受 渡 し を 行 う 登 録 受 渡 業 者 の 氏 名 （ 法 人 に あ つ て は そ の 名 称 ）	
	受 渡 し を 行 う 登 録 受 渡 業 者 の 住 所 （法人にあつては主たる事務所の所在地）	
	登 録 受 渡 店 舗	名 称
		所 在 地
		登 録 番 号 （ 薬 局 又 は 店 舗 で あ る 場 合 は 管 理 番 号 ）
	登録受渡店舗の相談時及び緊急時の連絡先	
受 渡 し の 管 理 を 行 う 体 制 の 概 要		
備 考		

上記により、薬局開設に係る変更の許可を申請します。

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)

都 道 府 県 知 事
保健所設置市市長
特 別 区 区 長

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、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 各記載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 相談時及び緊急時の連絡先欄には、原則として電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。
- 5 許可申請事項は、許可を申請するものについてのみその記載欄に記載すること。
- 6 申請時点で薬局開設許可証に管理番号の記載がある薬局にあつては、備考欄に当該許可証に記載されている管理番号を記入すること。