

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

(1) 許可番号及び年月日	第	号・	年	月	日
(2) 薬局の名称					
(3) 薬局の所在地	〒	-	TEL: ( )	-	FAX: ( ) -
(4) 法第6条の3第1項に規定する傷病の区分					
(5) 法第6条の3第2項第2号に規定する薬剤師の氏名					
(6) 利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要					
(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					
(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					
(9) (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					
申請者に責任を有する役員(法人にあつては、薬事に関する業務の欠格事由を含む)の氏名	(10)	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			
	(12)	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			
	(13)	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			
	(14)	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			
	(15)	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			
	(16)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者			
	(17)	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			
	(18)	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。

年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

〒 - TEL -

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

熊本県知事 様

文書分類	006-001 許可、認可、免許、承認等の行政処分に関する事項 001 許可、認可、免許承認等の行政処分の記録 001 許可、認可、免許承認等の記録に関する文書				決裁区分	課長	起案 年 月 日		
					保存期間	【特定日から】 5年	1 本申請書を進達してよろしいか。 2 本申請について、次案のとおり認定証を交付してよろしいか。		
薬務衛生課長(所長)	審議員(次長)	(次長)	薬事班長(課長)	監視麻薬班長(主幹)	起案者	課員	文書審査	公印承認	
							施行規則第10条の4関係別記第5の4(2)号様式であるため審査不要		
保健所受付日付印	保健所決裁日付印	保健所発送日付印	薬務衛生課受付日付印	薬務衛生課決裁日付印	薬務衛生課発送日付印				
衛生総合情報システム 受付番号(保健所)					衛生総合情報システム 受付番号(薬務衛生課)				
認定番号	第	号	認定年月日	年	月	日			

熊本県収入証紙貼付欄（11,000円分）

【記入上の注意】 専門医療機関連携薬局認定申請書

- 1 太線枠以外に記入してください。
- 2 黒（青）インク又は黒（青）ボールペンを用いて、はっきりと記入してください。
- 3 地域連携薬局の認定申請において、営業所の所在地が熊本市の場合は熊本県健康福祉部健康局薬務衛生課に1部提出してください。営業所の所在地が熊本市以外の場合は、営業所の所在地を管轄する県保健所に2部提出してください。

4 記入方法

(注)以下の( )内の番号は、認定申請書の各項目の番号に連動しています。

各記載事項のすべてを欄内に記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記入し、必要事項を記入した書類を添付してください。

なお、(6)から(8)欄にあつては、認定基準適合表及び関係する書類を添付することにより、詳細な欄内への記入は不要とする。

- (4) 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入してください。
- (5) 法第6条の3第2項第2号に規定する薬剤師の欄には、第10条の3第1項に規定する傷病の区分に係る専門性の認定を受けた薬剤師の氏名を記入してください。
- (6) 利用者の心身の状況に配慮する構造設備の概要（法第六条の三第一項第一号に規定される基準）について記入してください。
- (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（法第六条の三第一項第二号に規定される基準）について記入してください。
- (8) 専門的な薬学的知見に基づく調剤及び指導を行う体制の概要（法第六条の三第一項第三号に規定される基準）について記入してください。
- (9) 業務に責任を有する役員について、記入してください。記入することができない場合は、業務に責任を有する役員を明示した組織図を添付してください。
- (10)から(18) 当該事実がないときは「なし」と記載し、当該事実がある場合は(9)から(11)欄にあつてはその理由及び年月日を、(12)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、又は受けることがなくなった場合はその年月日を、(13)欄についてはその違反の事実及び違反した年月日を、また、(15)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してください。