

地 域 連 携 薬 局 認 定 更 新 申 請 書

許 可 番 号 及 び 年 月 日			
認 定 番 号 及 び 年 月 日			
薬 局 の 名 称			
薬 局 の 所 在 地			
利用者の心身の状況に配慮する 構 造 設 備 の 概 要			
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			
地域の患者に対し安定的 に薬剤を供給するための 体 制 の 概 要			
居 宅 等 に お け る 調 剤 並びに情報の提供及び薬 学的知見に基づく指導を 行 う 体 制 の 概 要			
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
(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 務 請 者 に 責 任 を 有 す る 役 員 を 含 む。 (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。)	(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)	拘禁刑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			

上記により、地域連携薬局の認定の更新を申請します。

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)

山口県知事 殿