様式第五の二（第十条の二関係）

地域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			
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			
（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（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			

上記により、地域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）

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　　殿

様式第五の次に次の六様式を加える。