

## 非薬剤師開設者に関する確認書

1 薬剤師でない方が開設許可(更新許可)を求める理由は何ですか。

ア 薬局を運営するための資本の大部分を開設者が負担しているから

イ 開設者は薬局経営に適しているから

ウ 開設者となるに適切な薬剤師がないから

エ その他 { }

2 将来、薬剤師を開設者とする計画がありますか。

ア ある

イ ない

3 (2の質問に「ア ある」と答えた方のみにうかがいます。)

計画の実施時期はいつごろの予定ですか。

ア 平成 年 月ごろ

イ 未定

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

薬局の名称： \_\_\_\_\_

薬局開設の場所： \_\_\_\_\_

開設者の住所： \_\_\_\_\_

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

開設者氏名： \_\_\_\_\_ 印

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

## 非薬剤師開設者の申告書

1 行政や地域薬剤師会等が薬剤師の資質向上のために研修会等を開催する場合には、あなたの薬局の管理薬剤師及び勤務薬剤師に対し、その参加を勧めるように努めますか。

ア できるかぎり参加させるよう努力する。

イ 管理薬剤師及び勤務薬剤師の意向に任せる。

ウ 仕事に支障がない場合に限り、参加を認める。

エ その他( )

2 休日、夜間の処方せん受入体制の整備等の地域活動に参加し、協力しますか。

ア 積極的に参加し、協力する。

イ 当番の割当等があった場合には、協力する。

ウ 参加、協力はできない。

エ その他( )

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

薬局の名称： \_\_\_\_\_

薬局開設の場所： \_\_\_\_\_

開設者の住所： \_\_\_\_\_

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

開設者氏名： \_\_\_\_\_ 印

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)