

様式第 1

調剤業務一部委託事業確認依頼書

許可番号及び年月日		
薬局の名称		
薬局の所在地		
(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		
薬局の電話番号その他の連絡先		
委託	実施の有無	有 ・ 無
	受託薬局開設者の氏名(法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員の氏名)	
	受託薬局開設者の住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
	受託先の薬局の名称	
	受託先の薬局の所在地	
	作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
受託	実施の有無	有 ・ 無
	委託薬局開設者の氏名(法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員の氏名)	
	委託薬局開設者の住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
	委託先の薬局の名称	
	委託先の薬局の所在地	
	作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
備考		

上記により、調剤業務一部委託事業の確認を依頼します。

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 殿

特別区区長

(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、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 薬局の電話番号その他の連絡先欄には、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。
- 4 委託における受託薬局数が2件以上の場合、受託薬局開設者の氏名（法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員の氏名）、受託薬局開設者の住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）、受託先の薬局の名称及び受託先の薬局の所在地欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙1に記載すること。
- 5 受託における委託薬局数が2件以上の場合、委託薬局開設者の氏名（法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員の氏名）、委託薬局開設者の住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）、委託先の薬局の名称及び委託先の薬局の所在地欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙2に記載すること。
- 6 作業完了品の取扱いについて、契約等において定めた取扱いを薬局別に示すこと。

別紙 1

委託	①	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員 の 氏 名 )	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	②	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員 の 氏 名 )	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	③	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員 の 氏 名 )	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	④	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員 の 氏 名 )	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送

(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、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 余白には、斜線を引くこと。

別紙 2

受 託	①	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役員 の 氏 名 )	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	②	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役員 の 氏 名 )	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	③	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役員 の 氏 名 )	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	④	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役員 の 氏 名 )	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送

(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、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 余白には、斜線を引くこと。

様式第2

第 号  
年 月 日

氏名（法人にあつては、名称）

住所（法人にあつては、事務所の所在地）

都道府県知事  
保健所設置市市長  
特別区区長

年 月 日付け調剤業務一部委託事業確認依頼について、「国家戦略特別区域調剤業務一部委託事業の実施要領」について」（令和6年5月9日付け厚生労働省医薬局長通知）の国家戦略特別区域調剤業務一部委託事業の実施要領第2の2（2）に基づき、確認したことを通知します。

記

1 薬局の名称

2 薬局の所在地

様式第3

調剤業務一部委託事業確認変更届書

確認番号及び公表年月日			
薬局の名称			
薬局の所在地			
変更内容	事項	変更前	変更後
変更年月日		年月日	
備考			

上記により、調剤業務一部委託事業の変更を届け出ます。

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 殿  
特別区区長

(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、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 変更内容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。

様式第4

調剤業務一部委託事業廃止届書

確認番号及び公表年月日	
薬局の名称	
薬局の所在地	
委託事業廃止年月日	
備考	

上記により、調剤業務一部委託事業の廃止を届け出ます。

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 殿  
特別区区長

(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、楷書ではっきりと書くこと。

調剤業務一部委託事業半期報告書

都道府県知事  
保健所設置市長 様  
特別区長

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)

\_\_\_\_\_

薬局の名称 \_\_\_\_\_  
 薬局の所在地 \_\_\_\_\_  
 確認番号 \_\_\_\_\_  
 公表年月日 \_\_\_\_\_

1 事業における受委託の件数

(1) 受託件数

委託薬局の名称	委託薬局に返送	患者宅等に直送

注1 件数は、委託薬局から受託薬局に一包化の委託連絡が完了した件数とすること。  
 注2 行が不足する場合、追加すること。

(2) 委託件数

受託薬局の名称	委託薬局に返送	患者宅等に直送

注1 件数は、委託薬局から受託薬局に一包化の委託連絡が完了した件数とすること。  
 注2 行が不足する場合、追加すること。

2 対象業務に起因する調剤された薬剤の副作用その他の事由によるものと疑われる症状の発現状況

一包化した各薬剤の名称	副作用その他の事由によるものと疑われる症状の発現状況	対応内容

注1 行が不足する場合、追加すること。

3 その他事業の実施状況に関する事項

--