

様式第1号

提出日を記載してください。

年 月 日

(あて先) 山形市保健所長

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

山形市城南町一丁目1番1号

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

該当するところに〇をつける。

個人：個人の住所及び氏名
法人：登記された所在地・名称・代表者氏名

薬局 (店舗・営業所) 管理者兼務許可申請書

次のとおり管理する業務所以外の場所において、薬事に関する実務に従事したいので申請します。

管理する業務所	業種	薬局・店舗・高度管理医療機器等販売業・貸与業
	名称	〇〇薬局 許可番号 〇〇第〇〇〇〇〇〇〇号 許可年月日 年 月 日
	所在地	山形市城南町一丁目1番1号
	薬剤師数	4人
兼ねようとする業務	名称	山形市休日夜間診療所、山形市立〇〇小学校 等
	所在地	山形市〇〇町・・・
	職名及び業務の内容	薬剤師 休日夜間診療所処方箋応需 (調剤業務)、学校薬剤師 等
	年間従事日数	年6回程度
	従事期間	年 月 日～
参考事項	管理者住所・氏名：山形市△△町・・・ やまがた べに 管理者不在時の対応方法：開局時間外のため支障なし 従事薬剤師 (〇〇〇〇) が代行し管理します。等	

現在管理している薬局等の事項を記載。
許可証に記載されている許可番号、有効期間
開始年月日及び所在地を記載してください。

兼務しようとする施設が
複数ある場合は、「別紙の
とおり」と記載し、別紙
を添付してください。

従事開始日を記載する。

連絡 (担当) 者名：やまがた べに 連絡先 TEL：080-〇〇〇〇-××××

ご担当者の氏名と連絡先を記載してください。