様式第１号

年　　月　　日

（あて先）山形市保健所長

　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

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 | 　許可番号　第　　　　　　号　　　許可年月日　　　　年　　　月　　　日 |
| 所在地 |  |
| 薬剤師数 |  |
| 兼ねようとする業務 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 職名及び業務の内容 |  |
| 年間従事日数 |  |
| 従事期間 |  |
| 参考事項 | 管理者住所・氏名：管理者不在時の対応方法： |

担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　TEL：