

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: \_\_\_\_\_