別記様式１－３（店舗販売業許可申請時添付書類）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 管理者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 週当たりの勤務時間 | 時間　　　　　分／週 |
| 種別 | 薬剤師　・　登録販売者 |
| 登録番号・登録年月日 | 第　　　　　　　　　号　・昭和・平成　　　年　　　月　　日 |
| その他の薬剤師又は登録販売者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 週当たりの勤務時間 | （□研修中）　　　　　時間　　　　　分／週 |
| 種別 | 薬剤師　・　登録販売者 |
| 登録番号・登録年月日 | 第　　　　　　　　　号　・昭和・平成　　　年　　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 週当たりの勤務時間 | （□研修中）　　　　　時間　　　　　分／週 |
| 種別 | 薬剤師　・　登録販売者 |
| 登録番号・登録年月日 | 第　　　　　　　　　号　・昭和・平成　　　年　　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 週当たりの勤務時間 | （□研修中）　　　　　時間　　　　　分／週 |
| 種別 | 薬剤師　・　登録販売者 |
| 登録番号・登録年月日 | 第　　　　　　　　　号　・昭和・平成　　　年　　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 週当たりの勤務時間 | （□研修中）　　　　　時間　　　　　分／週 |
| 種別 | 薬剤師　・　登録販売者 |
| 登録番号・登録年月日 | 第　　　　　　　　　号　・昭和・平成　　　年　　　月　　日 |
| 販売・授与する医薬品の区分 | | □　要指導医薬品　□　第1類医薬品　□　指定第２類医薬品   * 第２類医薬品（指定第２医薬品を除く）　□　第３類医薬品 |
| 兼営事業の種類 | | |
| * 管理医療機器（販売業・貸与業）□　高度管理医療機器（販売業・貸与業） * 毒物劇物（一般・農業用品目・特定品目）販売業　□　その他（　　　　　　　　　）□　なし | | |

１　本用紙に書ききれない場合は、用紙を追加してください。

２　登録販売者に規則第１５条第２項に該当する方は、週当たり勤務時間欄の「研修中」にレ点を記入願います。

**従事する薬剤師及び登録販売者の人数及び総勤務時間数**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 従事する薬剤師数 | 人 | 従事する登録販売者数 | 人 |
| 従事する薬剤師の週当たりの総勤務時間数 | 時間 | 従事する登録販売者の週当たりの総勤務時間数 | 時間 |
| 上記のうち開店時間外に特定販売に従事する薬剤師の週当たりの総勤務時間数 | 時間 | 上記のうち開店時間外に特定販売に従事する登録販売者の週当たりの総勤務時間数 | 時間 |