

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	(<input type="checkbox"/> 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	(<input type="checkbox"/> 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		(<input type="checkbox"/> 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	(<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く) <input type="checkbox"/> 第3類医薬品
兼営事業の種類		
<input type="checkbox"/> 管理医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 毒物劇物(一般・農業用品目・特定品目)販売業 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 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