別記様式1-3 (店舗販売業許可申請時添付書類)

管	氏名				
理	住所				
者	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	氏名				
の	住所				
他	週当たりの勤務時間	(□研修中) 時間 分/週			
\mathcal{O}	種別	薬剤・・・登録販売者			
薬	登録番号・登録年月日	第 号・昭和・平成 年 月 日			
剤	氏名				
師	住所				
又	週当たりの勤務時間	(□研修中) 時間 分/週			
は	種別	薬剤・・・登録販売者			
登	登録番号・登録年月日	第 号・昭和・平成 年 月 日			
録	氏名				
販	住所				
売	週当たりの勤務時間	(□研修中) 時間 分/週			
者	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		従事する登録販売者の週当たりの総勤務時間数	
数	時間		時間
上記のうち開店時間外に特定販売に従事		上記のうち開店時間外に特定販売に従事する登	
する薬剤師の週当たりの総勤務時間数	時間	録販売者の週当たりの総勤務時間数	時間