

配置販売業

申請者氏名 _____

販売又は授与する 医薬品の種類	<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 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品
兼営事業の種類	(当該区域において併せ行う薬事に関する事業)

区域管理者	氏名	登録番号	登録年月日	週あたりの 勤務時間数
	住所			種別
				薬剤師 登録販売者
種別	氏名	登録番号	登録年月日	週あたり 勤務時間数
	住所			
その他の 薬剤師				
	住所			
	住所			
	住所			
	合計			
	その他の 登録販売者			
住所				
住所				
住所				
合計				

(業務に条件のある薬剤師)

条件内容	氏名	登録番号	登録年月日	週あたり 勤務時間数
	住所			

※ 申請に際し、薬剤師にあつては薬剤師免許証、登録販売者にあつては販売従事登録証の原本を提示すること。