|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業態  事項 | | 配　置　販　売　業 | | | |
| 区　　　域  管理者 | 氏名 |  | | 週当たり  勤務時間数 |  |
| 住所 |  | | | |
| 資格 | 薬剤師  登録販売者 | 登録番号：第　　　　　　　号　登録年月日：　　　　年　　月　　日 | | |
| その他の  薬剤師又は  登録販売者 | 氏名 |  | | 週当たり  勤務時間数 |  |
| 住所 |  | | | |
| 資格 | 薬剤師  登録販売者 | 登録番号：第　　　　　　　号　登録年月日：　　　　年　　月　　日 | | |
| その他の  薬剤師又は  登録販売者 | 氏名 |  | | 週当たり  勤務時間数 |  |
| 住所 |  | | | |
| 資格 | 薬剤師  登録販売者 | 登録番号：第　　　　　　　号　登録年月日：　　　　年　　月　　日 | | |
| その他の  薬剤師又は  登録販売者 | 氏名 |  | | 週当たり  勤務時間数 |  |
| 住所 |  | | | |
| 資格 | 薬剤師  登録販売者 | 登録番号：第　　　　　　　号　登録年月日：　　　　年　　月　　日 | | |
| 兼営事業の種類 | |  | | | |
| 販売・授与する  医薬品の区分 | | □　第１類医薬品  □　指定第２類医薬品  □　第２類医薬品  □　第３類医薬品 | | | |
| 備考 | |  | | | |