

業務体制表 別紙

業者名 \_\_\_\_\_

1 区域の営業時間

|                     | 月 |  |    | 火 |  |    | 水 |  |    | 木 |  |    | 金 |  |    | 土 |  |    | 日 |  |    | 計 | 備考 |  |  |  |
|---------------------|---|--|----|---|--|----|---|--|----|---|--|----|---|--|----|---|--|----|---|--|----|---|----|--|--|--|
|                     |   |  | 小計 |   |    |  |  |  |
| 全営業時間               | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| うち、一般用医薬品を販売等する営業時間 | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| うち、第一類医薬品を販売等する営業時間 | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |

2 薬剤師・登録販売者の勤務時間等

|                             | 月 |  |    | 火 |  |    | 水 |  |    | 木 |  |    | 金 |  |    | 土 |  |    | 日 |  |    | 計 | 備考 |  |  |  |
|-----------------------------|---|--|----|---|--|----|---|--|----|---|--|----|---|--|----|---|--|----|---|--|----|---|----|--|--|--|
|                             |   |  | 小計 |   |    |  |  |  |
| <b>【区域管理者】</b><br>薬剤師・登録販売者 | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 氏名                          | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 薬剤師・登録販売者                   | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 氏名                          | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 薬剤師・登録販売者                   | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 氏名                          | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 薬剤師・登録販売者                   | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 氏名                          | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 薬剤師・登録販売者                   | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 氏名                          | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 薬剤師・登録販売者                   | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |
| 氏名                          | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |  |    | ~ |    |  |  |  |

(注意)

- ・表には、具体的な営業・勤務時間帯、営業・勤務時間数を記入すること。
- ・緊急時のみの勤務の場合は、その旨を備考欄に記入すること。
- ・書ききれない場合等には、適宜、様式を作成して差し支えない。

・2の「薬剤師・登録販売者」について、当てはまる方に○を記入すること。

就業規則 時間/週