

【参考様式1】配置販売業許可申請書添付書類

店 舗 の 名 称				
区 域 管 理 者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
管 理 者	薬剤師名簿登録番号		薬剤師名簿登録年月日	
	又は販売従事登録番号		又は販売従事登録年月日	
その他の 薬 剤 師 又は登録 販 売 者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号		薬剤師名簿登録年月日	
	又は販売従事登録番号		又は販売従事登録年月日	
	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号		薬剤師名簿登録年月日	
	又は販売従事登録番号		又は販売従事登録年月日	
	氏 名			
	住 所			
週当たり勤務時間数				
種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者			
薬剤師名簿登録番号		薬剤師名簿登録年月日		
又は販売従事登録番号		又は販売従事登録年月日		
兼 営 事 業 の 種 類				
販売又は授与する医薬品の区分 (該当する□にチェック☑)		(一般用医薬品) <input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第二類医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品		
備 考		(担当者氏名： 電話)		