県様式第１７

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区域管理者 |  | 　　　　　　　　　　　　　　　　　（生年月日　　　年　　月　　日） |
| 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又は販売従事登録番号 | 第　　　　　 号 | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  年　　月　　日(登録販売者試験合格年度※1：　　年度) |
| その他の薬剤師又は登録販売者 |  | （生年月日　　　年　　月　　日） |
| 住　　　所 | 〒 |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬　剤　師　・　　登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験：有・無) |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 第 　　　　　 号 | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 |  年　　月　　日(登録販売者試験合格年度※1：　　年度) |
| その他の薬剤師又は登録販売者 |  | （生年月日　　　年　　月　　日） |
| 住　　　所 | 〒 |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬剤師　　・　　登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験：有・無) |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 第　　　　　　　 号 | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 | 　　 年　　月　　日(登録販売者試験合格年度※1：　　年度) |
| その他の薬剤師又は登録販売者 |  | （生年月日　　　年　　月　　日） |
| 住　　　所 | 〒 |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬剤師　　・　　登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験：有・無) |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 第　　 　　　　 号 | 薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日 | 　　 年　　月　　日(登録販売者試験合格年度※1：　　年度) |
| 兼営事業の種類 | 薬局　・　店舗販売業　・　卸売販売業　高度管理医療機器等販売業及び貸与業　管理医療機器販売業及び貸与業　・　毒物劇物（　　　　　）販売業 |
| 販売する医薬品の区分を記載した書類 | 第１類医薬品　・　指定第２類医薬品　・　第２類医薬品(指定第２類医薬品を除く｡)　・　第３類医薬品 |

※１　登録販売者である場合に限る。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| その他の薬剤師又は登録販売者 |  | （生年月日　　　年　　月　　日） |
| 住　　　所 | 〒 |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬剤師　　・　　登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験：有・無) |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 第　　 　　　　 号 | 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 　　 年　　月　　日(登録販売者試験合格年度※１:　　　年度) |
| その他の薬剤師又は登録販売者 |  | （生年月日　　　年　　月　　日） |
| 住　　　所 | 〒 |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬剤師　　・　　登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験：有・無) |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 第　　　　 　　 号 | 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 　　 年　　月　　日(登録販売者試験合格年度※１:　　　年度) |
| その他の薬剤師又は登録販売者 |  | （生年月日　　　年　　月　　日） |
| 住　　　所 | 〒 |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬剤師　　・　　登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験：有・無) |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 第　　　　　　　 号 | 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 　　 年　　月　　日(登録販売者試験合格年度※１:　　　年度) |
| その他の薬剤師又は登録販売者 |  | （生年月日　　　年　　月　　日） |
| 住　　　所 | 〒 |
| 週当たり勤務時間数 |  |
| 種別 | 薬剤師　　・　　登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験：有・無) |
| 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 第　　　　　　　 号 | 薬剤師名簿登録番号又は販売従事登録番号 | 　　 年　　月　　日(登録販売者試験合格年度※１:　　　年度) |

※１　登録販売者である場合に限る。