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。