

許可申請書別紙（薬局・店舗販売業）

（従事者に関する事項）

管理者	フリガナ		週当たりの勤務時間数	時間 分
	氏名			
			調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類） <input type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）
	住所 市・郡 区・町			
資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	登録年月日 年 月 日	
	登録販売者を店舗管理者とする場合の該当する管理者要件（従事期間等） <input type="checkbox"/> 過去5年間のうち2年（要指導医薬品又は第1類医薬品を取り扱う場合は3年）以上 <input type="checkbox"/> 過去5年間のうち1年以上2年未満（継続的研修及び追加的研修の受講実績 ※受講年月日及びその概要を別紙に記載） <input type="checkbox"/> 通算1年以上（店舗管理者等としての従事期間 年 月 日～ 年 月 日） <input type="checkbox"/> 通算5年以上（5年以上の研修受講実績 ※受講年月日及びその概要を別紙に記載）			
その他の従事者	フリガナ		週当たりの勤務時間数	時間 分
	氏名			
			調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類） <input type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）
	住所 市・郡 区・町			
資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	登録年月日 年 月 日	
その他の従事者	フリガナ		週当たりの勤務時間数	時間 分
	氏名			
			調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類） <input type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）
	住所 市・郡 区・町			
資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	登録年月日 年 月 日	
その他の従事者	フリガナ		週当たりの勤務時間数	時間 分
	氏名			
			調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類） <input type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）
	住所 市・郡 区・町			
資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	登録年月日 年 月 日	
その他の従事者	フリガナ		週当たりの勤務時間数	時間 分
	氏名			
			調剤・販売の別	<input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 販売（要指導・第一類） <input type="checkbox"/> 販売（第二類・第三類）
	住所 市・郡 区・町			
資格種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	登録年月日 年 月 日	

