

変更届書別紙1 (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
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"/> 通算2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