

薬 局

店舗販売業
卸売販売業
販売業 管理者兼務許可申請書
高度管理医療機器等
貸与業
再生医療等製品販売業

(元号) 〇〇年 〇〇月 〇〇日

福岡県知事 殿

住 所 〇〇〇市〇〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇

申請者

氏 名 筑紫 一郎

薬 局

下記により管理している 店舗 以外の場所において薬事に関する実務に従事
営 業 所

することの許可を申請します。

記

| | | |
|----------------------|---------------|---------------------------|
| 管理している薬局、 店舗又は営業所 | 許可番号 及び年月日 | 第00000000号 (元号) 〇〇年〇〇月〇〇日 |
| | 名 称 | 記載例薬局 |
| | 所 在 地 | 福岡県〇〇町〇〇〇〇〇〇-〇〇〇 |
| 兼務しようとする業務 | 名 称 | 〇〇休日夜間調剤センター薬局 |
| | 所 在 地 | 福岡県■■■町■■■■■-■■■■■ |
| | 内 容 | 夜間・休日の調剤業務に輪番で従事 する |
| 備 考 | | |

注 1 管理者と開設者が異なる場合は、開設者の同意書を添付すること。

2 申請しない箇所は二重線で消すこと。