

同意書

福岡県知事 殿

年 月 日

住所

氏名

(記名押印又は署名)

次のとおり、管理者がその薬局以外の場所で薬事に関する実務に従事することに関し、同意いたします。

1 管理者の住所及び氏名

(1) 住所

(2) 氏名

2 管理している薬局

(1) 名称

(2) 所在地

3 兼務しようとする業務

(1) 名称

(2) 所在地

(3) 内容