

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

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
申請者
氏 名

下記により管理している 薬 局
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 号	年 月 日
	名 称		
所 在 地			
兼務しようとする業務	名 称		
	所 在 地		
	内 容		
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。