

薬局の 管理者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	薬剤師名簿登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
その他 の 薬剤師 又は 販売 者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
以下、別紙のとおり				
一日平均取扱処方箋数	枚			
放射性医薬品の取り扱いの有無	有 ・ 無			
兼営事業の種類	<input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物一般販売業 <input type="checkbox"/> 麻薬小売業 <input type="checkbox"/> その他 ()			
医薬品の販売業を併せ行う場合 販売又は授与する医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 薬局医薬品 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <hr/> (一般用医薬品) <input type="checkbox"/> 第一類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第二类医薬品 <input type="checkbox"/> 第二类医薬品 <input type="checkbox"/> 第三類医薬品			
備考				