

県様式第17

区域 管理者	氏名	(生年月日 年 月 日)		
	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	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名	(生年月日 年 月 日)		
	住所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	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	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名	(生年月日 年 月 日)		
	住所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	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	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏名	(生年月日 年 月 日)		
	住所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	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	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
兼営事業の種類	薬局 ・ 店舗販売業 ・ 卸売販売業 高度管理医療機器等販売業及び貸与業 管理医療機器販売業及び貸与業 ・ 毒物劇物 () 販売業			
販売する医薬品の 区分を記載した書類	第1類医薬品 ・ 指定第2類医薬品 ・ 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く。) ・ 第3類医薬品			

※1 登録販売者である場合に限る。

その他の 薬剤師 又は登録 販売者	ふ 氏 り が な 名	(生年月日 年 月 日)		
	住 所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	ふ 氏 り が な 名	(生年月日 年 月 日)		
	住 所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	ふ 氏 り が な 名	(生年月日 年 月 日)		
	住 所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	ふ 氏 り が な 名	(生年月日 年 月 日)		
	住 所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験:有・無)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	年 月 日 (登録販売者試験合格年度 ^{※1} : 年度)

※1 登録販売者である場合に限る。