

薬局等外薬事従事許可申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

長崎県知事

様

申請者 住所 ××市××町×××
氏 名 ●● ●●

薬 局
~~店 舗 販 売 業~~
下 記 に よ り ~~卸 売 販 売 業~~
~~高度管理医療機器等販売業貸与業~~
~~再生医療等製品販売業~~

申請者個人の住所を記載してください。

の管理者以外に薬事に関する実務に従事することを許可くださるよう申請します。

管 理 者	住 所	××市××町×××
	氏 名	●● ●●
管 理 し て い る 薬 局 店 舗 又 は 営 業 所	業 務 の 種 別	薬局
	名 称	〇〇薬局
	所 在 地	〇〇市〇〇町〇〇〇
	管理している時間	9 時 0 0 分から 1 8 時 0 0 分まで
他 に 薬 事 に 関 する 実 務 に 従 事 し よ う と す る	業 務 の 種 別	学校薬剤師
	業 務 の 内 容	学校薬剤師の業務
	業務所開設者氏名 〔法人にあっては、 名称及び代表者名〕	〇〇市長 △△ △△
	業 務 所 の 名 称	〇〇市立▲▲小学校
	業務所の所在地	〇〇市▲▲町▲▲▲
	従 事 期 間	〇〇年〇月〇日～〇〇年〇月〇日
	従 事 時 間	時 分から 時 分まで