

| | | | | |
|---|-------------------------|-----------------------|---|-------------------|
| 店 管 理 者 | 氏 名 | | | |
| | 住 所 | | | |
| | 週当たり勤務時間数 | | | |
| | 種 別 | 薬 剤 師 ・ 登録販売者 (年度合格) | | |
| | 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 |
| そ の 他 の 薬 剤 師 又 は 登 録 者 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 (年度合格) | | |
| | 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 (年度合格) | | |
| | 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 (年度合格) | | |
| | 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 | | | |
| | 兼 営 事 業 の 種 類 | | | |
| | 販売又は授与する医薬品の区分 | | 1 要指導医薬品 (一般用医薬品) 2 第一類医薬品 3 指定第二類医薬品 4 第二類医薬品 5 第三類医薬品 | |
| | 備 考 | | | |

(注意) 特定販売を行う場合は、以下についても記載すること。

| | | | |
|------------------|---|--------------------------|--|
| 特 定 販 売 | 特定販売を行う医薬品の区分 | | イ 第一類医薬品 ロ 指定第二類医薬品 ハ 第二類医薬品 ニ 第三類医薬品 |
| | 広告に表示する名称 (店舗の正式名称と異なる場合) | | |
| | 使用する通信手段 | | |
| | 主たるホームページアドレス (インターネット広告を行う場合) ※ | | |
| | 主たるホームページの構成概要 (インターネット広告を行う場合) | | |
| | (1) | 特定販売を行う時間 | |
| | (2) | 特定販売のみを行う時間 がある場合その時間 | |
| (3) | 特定販売を監督するために 必要な設備の概要 ((2) がある場合) | | |
| 備 考 | | | |

※ 複数のホームページを開設している場合は、全ての主たるホームページアドレスを記載してください。