

店舗の名称 _____

店舗の 管理者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	開店時間内		※特定販売のみを行う時間がある場合
		(時間)		(時間)
	種 別	薬剤師・登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
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		
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	開店時間内		※特定販売のみを行う時間がある場合
		(時間)		(時間)
	種 別	薬剤師・登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
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		
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	開店時間内		※特定販売のみを行う時間がある場合
		(時間)		(時間)
	種 別	薬剤師・登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
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		
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	開店時間内		※特定販売のみを行う時間がある場合
		(時間)		(時間)
	種 別	薬剤師・登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
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		
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	開店時間内		※特定販売のみを行う時間がある場合
		(時間)		(時間)
	種 別	薬剤師・登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
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		

その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	開店時間内	※特定販売のみを行う時間がある場合	
		(時間)	(時間)	
	種 別	薬剤師・登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
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		
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	開店時間内	※特定販売のみを行う時間がある場合	
		(時間)	(時間)	
	種 別	薬剤師・登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
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		
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	開店時間内	※特定販売のみを行う時間がある場合	
		(時間)	(時間)	
	種 別	薬剤師・登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
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		
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	開店時間内	※特定販売のみを行う時間がある場合	
		(時間)	(時間)	
	種 別	薬剤師・登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
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		
その他の 薬剤師 又は登録 販売者	氏 名			
	住 所			
	週当たり勤務時間数	開店時間内	※特定販売のみを行う時間がある場合	
		(時間)	(時間)	
	種 別	薬剤師・登録販売者 (年度登録販売者試験合格)		
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		