医薬品の販売又は授与を行う体制の概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 店舗の  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 | | |
| 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) |
| その他の  薬剤師  又は登録  販売者 | １ | 氏名 |  | | |
| 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・業務経験：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) |
| ２ | 氏名 |  | | |
| 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・業務経験：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) |
| ３ | 氏名 |  | | |
| 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・業務経験：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) |
| ４ | 氏名 |  | | |
| 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・業務経験：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) |
| ５ | 氏名 |  | | |
| 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・業務経験：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) |
| 店舗において販売する医薬品の区分 | | |  | | |

※　登録販売者である場合は合格年度を記載してください。

※　特定販売を行う場合には、特定販売状況概要書を提出してください。