

配置販売業添付書類

法人にあつては登記事項証明書		<input type="checkbox"/> 別添		
区域管理者	住所			
	氏名			
	登録年月日 登録番号			
	週当たりの 勤務時間数			
	種 別	薬剤師・登録販売者		
	雇用契約書の写し、 その他使用関係を証 する書類	<input type="checkbox"/> 別添		
	再教育研修命令を 受けているか	無 ・ 有 ( <input type="checkbox"/> 再教育研修終了登録書の写しの添付 )		
その他又は 薬剤師 販売者	住所			
	氏名			
	登録年月日 登録番号			
	週当たりの 勤務時間数			
	種 別	薬剤師・登録販売者	薬剤師・登録販売者	
	雇用契約書の写し、 その他使用関係を証 する書類	<input type="checkbox"/> 別添	<input type="checkbox"/> 別添	
	住所			
氏名				
登録年月日 登録番号				
週当たりの 勤務時間数				
種 別	薬剤師・登録販売者	薬剤師・登録販売者		
雇用契約書の写し、 その他使用関係を証 する書類	<input type="checkbox"/> 別添	<input type="checkbox"/> 別添		
販売又は授与する 医薬品の区分		第一類医薬品	第二類医薬品	
		指定第二類医薬品	第三類医薬品	
併せ行う営業の種類	麻小売 ・ 医療用具 ・ 化粧品 ・ 雑貨 ・ 毒劇 ・ その他			
申請者（法人にあつてはその業務に責任を有する役員）が欠格 条項に該当するおそれがある場合にのみ診断書		<input type="checkbox"/> 別添		