

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 | |
| | 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 | |
| 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 | | |