

別添 （添付書類の省略）

下記の書類について、既に千葉市保健所に提出しているため、添付を省略します。

許可番号（必須）	千保第 _____ 号
業 態（必須）	薬局・店舗販売業・卸売販売業・ 高度管理医療機器販売業及び貸与業・毒物劇物販売業
開設者	_____
施設の名称（必須）	_____
施設の所在地	千葉市 _____ 区
提出年月日（必須）	H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日

記

1 構造設備の概要（開設者変更の場合のみ）

前施設の許可番号 千保第 \_\_\_\_\_ 号  
前開設者氏名 \_\_\_\_\_  
前施設の名称 \_\_\_\_\_

2 登記事項証明書

3 役員の診断書

氏名 \_\_\_\_\_

4 薬剤師又は登録販売者の使用関係を証する書類

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H・R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
住所 \_\_\_\_\_  
資格 薬剤師・登録販売者

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H・R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
住所 \_\_\_\_\_  
資格 薬剤師・登録販売者

氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S・H・R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
住所 \_\_\_\_\_  
資格 薬剤師・登録販売者

（注）省略する書類の番号に○印をつけること。

1、4を省略する場合は、必要事項を記入すること。

2、3、4は、過去5年以内に提出した書類であること。

資格を証明する書類については、省略は認められないこと。

（薬局、店舗販売業）