

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 管理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・その他

5 管理者の資格を証明する書類のうち、成績証明書及び卒業証明書

氏名 _____ 生年月日 S・H・R 年 月 日

出身校名

_____ 学部等

卒業年度

書類

成績証明書・卒業証明書

(注) 省略する書類の番号に○印をつけること。

1、4、5を省略する場合は、必要事項を記入すること。

2、3、4、5は、過去5年以内に提出した書類であること。

管理者の資格を証明する書類のうち資格証を使用する場合については、省略は認められないこと。

(卸売販売業用)