

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 店舗の平面図 (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 役員の業務分掌表

4 薬剤師・登録販売者の雇用証明書

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)