管理者兼務許可申請書

　　　　　　　 年 月 日

（あて先）仙台市保健所長

法人にあっては、主

たる事務所の所在地

住所

法人にあっては、名

称及び代表者の氏名

氏名

下記により，管理者兼務の許可を申請します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理する  薬局等 | 業務の種別 | 薬局　・　店舗販売業　・　薬局製造販売医薬品製造業 | | |
| 薬局等許可番号 | 第　　　　　　　　号 | 薬局等  許可年月日 | 年　 　　月　　 　日 |
| 名称 |  | | |
| 所在地 | 仙台市　　 　　　　区 | | |
| 薬局製造販売医薬品製造業 許可番号 | | | 第Ｂ　　　　　　　　　　　　　号 |
| 薬局製造販売医薬品製造業 許可年月日 | | | 年　 　　月　 　　日 |
| 管理者 | 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| 兼務する  場所 | 名称 | 別紙のとおり | | |
| 所在地 | 別紙のとおり | | |
| 業務の内容 | | 別紙のとおり | | |
| 参考事項 | |  | | |

（注意）　　１　用紙の大きさは、Ａ４とすること。

２　字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。

担当者名　　　 　　　　　　　　　　　　　連絡先 TEL

別紙

１　管理者が管理する薬局等

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 | 薬局　　・　　店舗販売業 |
| 薬局等の許可番号及び許可年月日 | 第　　　　　　　号　　　　年　　　月　　　日 |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代行者の氏名・職名 |  |

２　兼務する業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 業務の内容 |  |
| 許可番号及び許可年月日 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
|  |  |
| ２ | 業務の内容 |  |
| 許可番号及び許可年月日 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
|  |  |
| ３ | 業務の内容 |  |
| 許可番号及び許可年月日 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
|  |  |
| ４ | 業務の内容 |  |
| 許可番号及び許可年月日 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
|  |  |
| ５ | 業務の内容 |  |
| 許可番号及び許可年月日 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
|  |  |