様式１８

管理薬剤師兼務適用願書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業　務　の　種　別 | | 卸　売　販　売　業 |
| 許可番号及び年月日 | | 第　　　　　　　　号　　　　 　　　年　　　月　　　日 |
| 営業所 | 名 　称 |  |
| 所在地 |  |
| 管理者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 代行者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |
| 備考 | | （サンプル卸・体外診断用医薬品卸・その他） |

　上記により管理薬剤師の兼務を願い出ます。

　年　 月　 日

　　　　　　　　　　　　　〒

法人にあっては、主

たる事務所の所在地

住所

氏名

法人にあっては、名

称及び代表者の氏名

鹿児島県知事　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　）　　　　－

以上により，当該店舗の管理に関して支障を生じることはありません。

　　　 　年　　月　　日

管理薬剤師　　　住　所

　　　　　　　　　　　　氏　名

・管理薬剤師の兼務については，当該店舗の業務に支障はありません。

・管理薬剤師代行者を変更した場合は30日以内に届出を行います。

・当該店舗の管理薬剤師として業務の遂行に支障を生じた場合には，他の管理薬剤師を

設置する等，速やかに改善を行います。

　年　 月　 日

　　　　　　　　　　　　　〒

法人にあっては、主

たる事務所の所在地

住所

氏名

法人にあっては、名

称及び代表者の氏名

鹿児島県知事　　　　　　　　殿　　　　　　　連絡先（　　　　）　　　　－