



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

〒

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

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

〒

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

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 () -