

薬剤師又は登録販売者の一覧表

別紙様式 共通-3

薬局又は医薬品販売業者の所在地

薬局、店舗の名称等

【管理者】

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第                      号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年    月    日

\* 特定管理医療機器の販売業若しくは貸与業を併せ行うにあたり、特定管理医療機器営業所管理者と店舗管理者が異なる場合は、以下に特定管理医療機器営業所管理者の氏名及び住所を記入。

ふりがな 氏名			
住所			

【その他の薬剤師又は登録販売者】

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (□研修中の登録販売者※2)		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第                      号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年    月    日

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (□研修中の登録販売者※2)		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第                      号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年    月    日

※1 □にレ点を付ける等して該当する種別が分かるように記載してください。

※2 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第 140 条第 1 項 2 号、第 149 条の 2 第 1 項第 2 号に該当する登録販売者以外の登録販売者。

(注意) 店舗販売業者の場合、「調剤に従事する勤務時間」の欄は空欄のままとしてください。

【その他の薬剤師又は登録販売者（続き）】

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者※2）		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者※2）		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者※2）		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者※2）		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者※2）		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

※1 □にレ点を付ける等して該当する種別が分かるように記載してください。

※2 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第 140 条第 1 項 2 号、第 149 条の 2 第 1 項第 2 号に該当する登録販売者以外の登録販売者。

（注意）店舗販売業者の場合、「調剤に従事する勤務時間」の欄は空欄のままとしてください。