

薬剤師又は登録販売者の一覧表（配置販売業者用）

配置販売業者の氏名（名称） _____

【区域管理者】

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|-------|
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | | |
| 種別 | <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 |

【その他の薬剤師又は登録販売者】

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|-------|
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | | |
| 種別 | <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 |

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|-------|
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | | |
| 種別 | <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 |

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|-------|
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | | |
| 種別 | <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 |

【その他の薬剤師又は登録販売者（続き）】

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|-------------|
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | | |
| 種別 | <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 |

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|-------------|
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | | |
| 種別 | <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 |

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|-------------|
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | | |
| 種別 | <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 |

| | | | |
|-------------------------|---|---------------------------|-------------|
| 氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | | |
| 種別 | <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 |