

薬剤師又は登録販売者の一覧表（店舗販売業用）

店舗の名称 _____

【管理者】

氏 名	生年月日 年 月 日		
住 所			
週当たり勤務時間数	時間 （内、開店時間中の勤務時間数 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	生年月日 年 月 日		
住 所			
週当たり勤務時間数	時間 （内、開店時間中の勤務時間数 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	平 成 年 月 日

氏 名	生年月日 年 月 日		
住 所			
週当たり勤務時間数	時間 （内、開店時間中の勤務時間数 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	平 成 年 月 日

氏 名	生年月日 年 月 日		
住 所			
週当たり勤務時間数	時間 （内、開店時間中の勤務時間数 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