

県様式第 16-2

店舗 (区域) 管理者	氏 名	(生年月日 年 月 日)		
	住 所	〒		
	週当たり勤務時間数			
	種 別	薬 剤 師 ・ 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 (登録販売者試験合格年度※1: 年度)
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			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験: 有・無)		
	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 (登録販売者試験合格年度※1: 年度)
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			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験: 有・無)		
	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 (登録販売者試験合格年度※1: 年度)
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			
	種 別	薬剤師 ・ 登録販売者(過去5年間のうち2年以上の実務又は業務の経験: 有・無)		
	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	年 月 日 (登録販売者試験合格年度※1: 年度)

* 新たに薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者となったものについて記載すること。

※1 登録販売者である場合に限る。

○従事する薬剤師及び登録販売者の人数

	変更前の人	転入者数	転出者数	変更後の人
薬剤師数	人	人	人	人
登録販売者数	人	人	人	人