

薬剤師、登録販売者一覧表（店舗販売業用）

（別紙6）

届け出ている販売する医薬品の種類 要指導医薬品 第1類医薬品 指定第2類医薬品 第2類医薬品 第3類医薬品

管理者 <small>（該当者に○）</small>	氏名	住所	薬剤師・ 登録販売者の別	薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	週当たりの 勤務時間数 ※1 (時間)	特定販売の みに従事す る勤務時間 数 (時間)	担当する業務（該当する欄に○を記入）			備考
				薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日			要指導医 薬品の販 売等 (薬剤師に 限る)	第一類医 薬品の販 売等 (薬剤師に 限る)	第二類・ 第三類医 薬品の販 売等	
			<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者							
			<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者							
			<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者							
			<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者							
			<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者							
			<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者							
			<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者							
			<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者							

※1 勤務時間数には、当該店舗で勤務する勤務時間数を記載すること。

※2 要指導医薬品又は第一類医薬品を販売等する店舗の管理者として登録販売者を指定する場合には、管理者である登録販売者の備考欄に「業務経験を有する者として管理者に指定する。」旨を記載するとともに、必要な業務経験を有することを証する書類を提出すること。