【参考様式１】店舗販売業許可申請書添付書類

店舗の名称				
店舗の管理者	氏名			
	住所			
	週当たり勤務時間数			
	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
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			
	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		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
	氏名			
	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		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
	氏名			
	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		薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	
兼営事業の種類				
医薬品の販売業を併せ行う場合販売又は授与する医薬品の区分 （該当する□にチェック☑）		□ 要指導医薬品 （一般用医薬品）□ 第一類医薬品　□ 指定第二類医薬品 □ 第二類医薬品　□ 第三類医薬品		
指定濫用防止医薬品の取扱い		□ 有　□ 無		
備考		（担当者氏名：　　電話　　）		