

管理者兼務許可申請書

年 月 日

(あて先) 仙台市保健所長

住所 〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕

氏名 〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕

下記により、管理者兼務の許可を申請します。

記

管理する 薬局等	業務の種別	薬局・店舗販売業・薬局製造販売医薬品製造業		
	薬局等 許可番号	第 号	薬局等 許可年月日	年 月 日
	名 称			
	所 在 地	仙台市 区		
	薬局製造販売医薬品製造業 許可番号	第B 号		
	薬局製造販売医薬品製造業 許可年月日	年 月 日		
管 理 者	氏 名			
	住 所			
兼 務 する 場 所	名 称	別紙のとおり		
	所 在 地	別紙のとおり		
業 務 の 内 容	別紙のとおり			
参 考 事 項				

- (注意) 1 用紙の大きさは、A4とすること。
 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。

担当者名 _____

連絡先 TEL _____

様式第 5 号

別紙

1 管理者が管理する薬局等

業務の種別	薬局 ・ 店舗販売業
薬局等の許可番号及び許可年月日	第 号 年 月 日
名称	
所在地	
代行者の氏名・職名	

2 兼務する業務

1	業務の内容	
	許可番号及び許可年月日	
	名称	
	所在地	
2	業務の内容	
	許可番号及び許可年月日	
	名称	
	所在地	
3	業務の内容	
	許可番号及び許可年月日	
	名称	
	所在地	
4	業務の内容	
	許可番号及び許可年月日	
	名称	
	所在地	
5	業務の内容	
	許可番号及び許可年月日	
	名称	
	所在地	