

様式第六（第十六条、第十六条の二、第十六条の三、第九十九条、第一百条、第一百四十六条、第一百四十七条、第二百二十七条、第二百三十七条の六十五、第二百三十七条の六十六、第二百七十四条、第二百七十六条、第二百九十五条、第二百六十五条、第二百六十五条の二、第二百六十五条の三関係）

変 更 届 書

業 務 等 の 種 別			
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日			
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称		
	所在地		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日			
備 考			

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

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)

長 崎 県 知 事 殿

(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。
- 3 業務等の種別欄には、薬局、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局、第1種医薬品、第2種医薬品、医薬部外品、化粧品、第1種医療機器、第2種医療機器、第3種医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品若しくは薬局製造販売医薬品の製造販売業、医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品若しくは薬局製造販売医薬品の製造業、認定外国製造業者、登録外国製造業者、登録認証機関、店舗販売業、配置販売業、卸売販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業（指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業又は貸与業を除く。）、指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業若しくは貸与業、特定管理医療機器の販売業若しくは貸与業（補聴器、家庭用電気治療器又はプログラム管理医療機器以外の特定管理医療機器を販売又は貸与する場合に限る。）、補聴器、家庭用電気治療器若しくはプログラム管理医療機器のみの販売業若しくは貸与業、管理医療機器（特定管理医療機器を除く。）の販売業若しくは貸与業又は医療機器の修理業の別を記載すること。

なお、様式第114、様式第114の2及び様式第114の3による届出に記載された事項に変更を生じた場合における令第74条第1項、令第74条の2第1項及び令第74条の3第1項の規定による届出の場合は、業務等の種別欄に、赤字で「輸出用」と付記すること。

- 4 医薬品等の製造業者若しくは認定外国製造業者又は医療機器の修理業者については、この届書は地方厚生局長に提出する場合にあっては正本1通及び副本2通を、厚生労働大臣、都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長に提出する場合にあっては正本1通を提出すること。
- 5 管理医療機器の販売業又は貸与業にあっては、許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日欄にその販売業又は貸与業の届出を行った年月日を記載すること。
- 6 配置販売業にあっては、所在地欄に営業区域を記載し、名称欄の記載を要しないこと。
- 7 管理者の変更の場合は、変更後の管理者が薬剤師又は登録販売者であるときはその者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を、責任技術者の変更の場合は、変更後の責任技術者が第91条第1項若しくは第2項、第91条の2又は第114条の53第1項から第3項までの各号のいずれに該当するかを、医薬品又は体外診断用医薬品の総括製造販売責任者の変更の場合は、変更後の総括製造販売責任者が薬剤師であるときは薬剤師名簿登録番号及び登録年月日を、薬剤師以外の者であるときはその者が第86条第1項第1号イ若しくはロ、第2号イからハまで、第3号イ若しくはロ又は第114条の49の2第1項第1号若しくは第2号のいずれに該当するかを、医薬品又は体外診断用医薬品の総括製造販売責任者補佐薬剤師の変更の場合は、変更後の総括製造販売責任者補佐薬剤師の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日を、営業所管理者の変更の場合は、変更後の営業所管理者が薬剤師であるときは薬剤師名簿登録番号及び登録年月日を、薬剤師以外の者であるときはその者が第154条各号のいずれに該当するかを、高度管理医療機器等営業所管理者の変更の場合は、変更後の高度管理医療機器等営業所管理者が第162条第1項から第4項までの各号のいずれに該当するかを、特定管理医療機器営業所管理者等の変更の場合は、変更後の特定管理医療機器営業所管理者等が第175条第1項各号のいずれに該当するかを、再生医療等製品営業所管理者の変更の場合は、変更後の再生医療等製品営業所管理者が第196条の4第1項各号のいずれに該当するかを変更後欄に付記すること。
- 8 医薬品又は体外診断用医薬品の総括製造販売責任者の変更の場合のうち、新たに総括製造販売責任者として薬剤師以外の者を置く場合には、総括製造販売責任者補佐薬剤師の氏名、住

所、薬剤師名簿登録番号及び登録年月日を変更後欄に付記すること。

- 9 管理者以外の薬剤師又は登録販売者に変更があつた場合のうち、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者がいる場合には、その者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を変更後欄に付記すること。
- 10 薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合は、備考欄に、変更後の役員が法第5条第3号イからトまでのいずれかに掲げる者に該当するときはそのいずれに該当するかを記載し、該当しないときは「なし」と記載すること。
- 11 登録外国製造業者又は認定外国製造業者にあつては、外国語により申請者の住所及び氏名を並記すること。

別表（添付書類）

届出内容	添付書類等	備考
<p>ア.薬局開設者等の氏名又は住所 認定薬局開設者の氏名及び住所 管理医療機器販売業貸与業の法人にあっては代表者の氏名</p>	<p>法人の場合は登記事項証明書 個人の場合は、戸籍謄本、戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書 管理医療機器販売業貸与業の場合は添付書類不要</p>	<p>登記事項証明書は6ヶ月以内のもの</p>
<p>イ.管理薬剤師又はその他の薬剤師の氏名又は住所（住所は管理薬剤師のみ）</p>		
<p>ウ.管理薬剤師、その他の薬剤師、店舗管理者、区域管理者、登録販売者（退職も含む）、専門医療機関連携薬局の専門認定薬剤師の氏名</p>	<p>1.雇用契約書の写し又は使用関係を証する書類 2.薬剤師免許証の写し、販売従事登録証の写し(確認できる場合は不要) 3.勤務実態等を記載した書類（例示3） 4.店舗管理者又は区域管理者が登録販売者である場合、店舗管理者又は区域管理者の要件を満たすことを証する書類（例示15又は20） 5.専門認定薬剤師の場合は認定証等の写し（確認できる場合は不要、2・3は不要）</p>	
<p>ウ-2.医療機器販売業貸与業の管理者の氏名又は住所</p>	<p>1.雇用契約書の写し又は使用関係を証する書類（管理医療機器販売業貸与業者は除く） 2.資格を証明する書類の写し (確認できる場合は不要)</p>	
<p>エ.法人の役員（薬事に関する業務に責任を有する役員）</p>	<p>1.登記事項証明書 2.医師の診断書は必要に応じて提出（様式34）（新たに役員になった者） 3.宣誓書（様式29）（新たに役員になった者）</p>	<p>1.医師の診断書は3ヶ月以内のもの 2.宣誓書は備考欄に欠格条項を記載することで省略できる 3.管理医療機器販売業貸与業の場合は添付書類不要</p>
<p>オ.薬局等の名称 認定薬局の名称</p>		<p>薬局等の名称は事前届出</p>

カ.構造設備の主要部分	1.変更後の平面図（様式66）	無菌調剤室の共同利用に関する事項を含む
キ.販売・授与する医薬品の区分		
ク.薬剤師又は登録販売者の週当たり勤務時間数	1.勤務実態等を記載した書類（例示3）	
ケ.相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先		事前届出
コ.特定販売の実施の有無		事前届出
カ.特定販売に関する事項	例示4（薬局）又は例示8（店舗販売業）	事前届出
シ.兼営事業の種類		
ス.放射性医薬品の有無及び種類		
セ.通常の営業日及び営業時間		
ソ.法人たる既存配置販売業者の資格者（旧令第52条に該当する者）	1.資格（旧令第52条）を証する書類 2.登記事項証明書	1.変更前の資格者が業務を行う役員の地位を失った日において、変更後の資格者が当該法人の業務を行う役員の中にいる場合に限る
タ.管理薬剤師の兼務		
チ.代行者		
ツ.薬剤師不在時間の有無		事前届出
テ.健康サポート薬局の有無	H28.2.12付け薬生発0212第5号通知「2基準公告関係」のとおり。	事前届出

薬局等外薬事従事許可に係る変更届書

業 務 の 種 別		医薬品卸売販売業 (サンプル卸・体外診断用医薬品卸)	
許可番号及び年月日		第	号
		年	月
		日	
管理している営業 所	名 称		
	所在地		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年	月
		日	
備 考			

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号 ()

担当者名

郵便番号

長崎県知事

殿

業務管理要領に定める代行者に係る変更届書

業 務 の 種 別		医薬品卸売販売業 (サンプル卸・体外診断用医薬品卸)	
許可番号及び年月日		第 号	平成 年 月 日
管理している 営業所	名 称		
	所在地		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考			

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

住 所

氏 名

電話番号 ()

担当者名

郵便番号

長崎県知事

殿

雇用契約書

雇用者住所

氏名

被雇用者住所

氏名

雇用者（以下甲と称す）被雇用者（以下乙と称す）は、下記条件により雇用契約を締結する。

- 1．甲は乙を甲の店舗の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に規定する（管理薬剤師（登録販売者）・その他の薬剤師・その他の登録販売者・再生医療等製品営業所管理者）として（調剤・医薬品の販売）に従事させるものとする。
- 2．乙は次により甲の店舗の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に規定する（管理薬剤師（登録販売者）・その他の薬剤師・その他の登録販売者・再生医療等製品営業所管理者）として勤務する。

勤務時間 午前 時 分から午後 時 分まで
（週当たり勤務時間数： 時間）

休日

給与	給料	月給	円	手当	円
	賞与		円	その他	円

勤務する薬局・店舗等（勤務箇所が複数ある場合はそれぞれについて記載）

薬局・店舗等名称：

薬局・店舗等所在地：

- 3．乙は甲が行政機関に届け出た店舗以外の他の場所において薬事に関する業務に従事しないものとする。
- 4．甲及び乙はこの契約の成立を証するため、各一通を保有する。

年 月 日

甲 氏名

乙 氏名

雇 用 契 約 書

年 月 日

雇用者住所

氏 名

被雇用者住所

氏 名

雇用者（以下「甲」という。）と被雇用者（以下「乙」という。）は、次の条件により雇用契約を締結する。

1. 甲は乙を甲の店舗の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律に規定する管理者とし、医療機器の販売・貸与に従事させる。
2. 乙は甲の店舗の管理者として責任を持って下記事項を管理し、技術の提供を行う。
3. 乙は甲の店舗以外の他の場所において、薬事に関する業務に従事しないものとする。
4. 勤務時間
午前 時 分から午後 時 分まで
5. 勤務日
週 日（ 曜日から 曜日まで）
6. 給料
金 円也（年額、月額、日額）

備 考

勤務日は、1週間に勤務する日数及び曜日を記載すること。

宣 誓 書

私儀

1. 法第75条第1項の規定により許可を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者ではありません。
2. 法第75条の2第1項の規定により登録を取り消され、取消しの日から3年を経過していない者ではありません。
3. 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった後、3年を経過していない者ではありません。
4. 法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から2年を経過していない者ではありません。
5. 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者ではありません。
6. 精神の機能の障害により薬局開設者の業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者ではありません。
7. 薬局開設者の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者ではありません。

(「 薬局開設者 」 の部分は、それぞれの業に置き換えて記載すること)

上記のとおり宣誓いたします。

年 月 日

住所

氏名

診 断 書

氏 名			性 別	男	女
生年月日	年 月 日 生		年 令		
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1 精神機能 精神機能の障害 明らかに該当なし 専門家による判断が必要</p> <p>専門家による判断が必要な場合において診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に）</p>					
診断年月日	年 月 日		詳細については別紙も可		
医 師	病院、診療所又は 介護老人保健施設 等の名称				
	所在地	()			
	氏 名				

*各項目について、該当する欄()にチェック(レ)をつけて下さい。

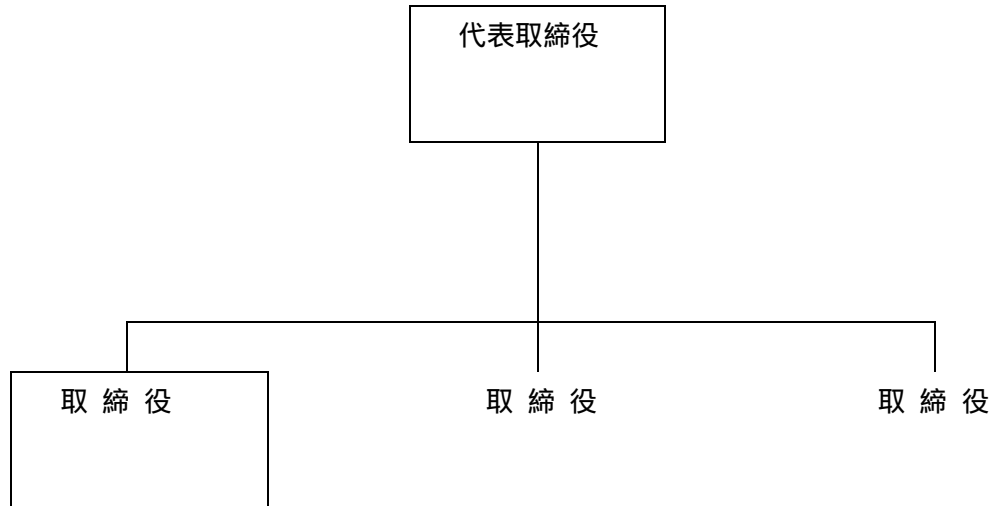
薬剤師及び登録販売者一覧

例示 3

【A】	種 別	管理薬剤師	登録販売者（店舗管理者）	
		その他薬剤師	その他登録販売者	研修中の登録販売者
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（ 薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（ ）	時間	
【B】	種 別	管理薬剤師	登録販売者（店舗管理者）	
		その他薬剤師	その他登録販売者	研修中の登録販売者
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（ 薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（ ）	時間	
【C】	種 別	管理薬剤師	登録販売者（店舗管理者）	
		その他薬剤師	その他登録販売者	研修中の登録販売者
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（ 薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（ ）	時間	
【D】	種 別	管理薬剤師	登録販売者（店舗管理者）	
		その他薬剤師	その他登録販売者	研修中の登録販売者
薬剤師名簿登録または販売従事登録に関する事項		登録番号		
		登録年月日		
氏 名				
住 所				
週当たり 勤務時間数	調剤（ 薬局のみ）		時間	
	一般用医薬品販売		時間	
	（うち、要指導医薬品及び第一類医薬品）	（ ）	時間	

組織規定図

薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名



内が薬事に関する業務に責任を有する役員である。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

業務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者

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)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日 年 月 日)
住 所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局又は店舗 の名称及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1. 業務期間 (年 月間) 年 月 ~ 年 月

(このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間 (年 月間) 年 月 ~ 年 月)

2. 業務内容(業務期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間(該当する にレ点を記入)

上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計()時間従事した。

4. 研修の受講(受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明りょうに書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 配置販売業にあつては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する にレを記入」と読み替える。

実務従事証明書

年 月 日

(従事者の氏名) 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあつては名称及び代表者の氏名)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日・ 年 月 日)
住 所	
薬局又は店舗の名称及び許可番号	
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	

1. 実務期間 (年 月間) 年 月 ~ 年 月
2. 実務内容(期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する にレを記入)
 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務
3. 業務時間(該当する にレ点を記入)
 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計()時間従事した。
4. 研修の受講(外部研修の受講実績がある場合にあつては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明りょうに書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 配置販売業にあつては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

年 月 日

被業務（実務）従事証明者 _____ に係る勤務状況報告書

《従事した薬局又は医薬品の販売業者》

名称：

許可番号：

所在地又は販売区域：

《薬局開設者又は医薬品の販売業者》

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）：

上記の者の一般用医薬品販売に係る実務経験について、下記の通り報告します。なお、本証明に係る根拠資料については、求めがあれば提出いたします。

_____年 _____月 ~ _____年 _____月分の勤務状況

従事期間（1か月単位で記載）	従事日数	勤務時間
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
_____年 _____月 日 ~ _____年 _____月 日		計 時間 分

根拠としたもの： _____

上記内容について事実と相違ありません。

（被証明者）氏 名：

業 務 従 事 確 認 書

年 月 日

都道府県知事（保健所設置市長又は特別区長） 殿

医薬品の販売業者（申請者）

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）

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1. 業務期間（ 年 月間） 年 月 ~ 年 月

業務期間のうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間（ 年 月間） 年 月 ~ 年 月

業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期

2. 業務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する にレを記入）

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間（該当する にレ点を記入）

上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計（ ）時間従事した。

4. 研修の受講（受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 配置販売業にあつては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する にレを記入」と読み替える

実務従事確認書

年 月 日

都道府県知事（保健所設置市長又は特別区長） 殿

医薬品の販売業者（申請者）

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）

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏名	(生年月日・ 年 月 日)
住所	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	

1. 実務期間（ 年 月間）
年 月 ~ 年 月（ 年 月間）
2. 実務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する にレを記入）
主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
一般用医薬品の陳列や広告に関する実務
3. 実務時間（該当する にレ点を記入）
上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計（ ）時間従事した。
4. 研修の受講（外部研修の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。