

薬局等外薬事従事許可申請書

年 月 日

長崎県知事 様

申請者 住所
氏名

薬 局
店 舗 販 売 業
下 記 に よ り 卸 売 販 売 業 の 管 理 者 以 外 に 薬 事 に 関 す る 実 務 に 従 事
高度管理医療機器等販売業貸与業
再生医療等製品販売業

することを許可くださるよう申請します。

管 理 者	住 所	
	氏 名	
管 理 し て い る 薬 局 店 舗 又 は 営 業 所	業 務 の 種 別	
	名 称	
	所 在 地	
	管 理 し て い る 時 間	時 分 から 時 分 まで
他 に 薬 事 に 関 す る 実 務 に 従 事 し よ う と す る	業 務 の 種 別	
	業 務 の 内 容	
	業 務 所 開 設 者 氏 名 〔 法 人 に あ っ て は 、 名 称 及 び 代 表 者 名 〕	
	業 務 所 の 名 称	
	業 務 所 の 所 在 地	
	従 事 期 間	
	従 事 時 間	時 分 から 時 分 まで