

別紙 管理者以外の薬剤師又は登録販売者

新たな薬剤師、登録販売者については、薬剤師免許証の本証および使用証書をご持参ください。

資格	薬剤師・登録販売者		照合印	
氏名			週当たり勤務時間数	
生年月日	大正・昭和	年	月	日
住所			退職月日 (転出月日)	年 月 日
登録番号	第	号	登録年月日	昭和・平成 年 月 日

資格	薬剤師・登録販売者		照合印	
氏名			週当たり勤務時間数	
生年月日	大正・昭和	年	月	日
住所			退職月日 (転出月日)	年 月 日
登録番号	第	号	登録年月日	昭和・平成 年 月 日

資格	薬剤師・登録販売者		照合印	
氏名			週当たり勤務時間数	
生年月日	大正・昭和	年	月	日
住所			退職月日 (転出月日)	年 月 日
登録番号	第	号	登録年月日	昭和・平成 年 月 日

資格	薬剤師・登録販売者		照合印	
氏名			週当たり勤務時間数	
生年月日	大正・昭和	年	月	日
住所			退職月日 (転出月日)	年 月 日
登録番号	第	号	登録年月日	昭和・平成 年 月 日

資格	薬剤師・登録販売者		照合印	
氏名			週当たり勤務時間数	
生年月日	大正・昭和	年	月	日
住所			退職月日 (転出月日)	年 月 日
登録番号	第	号	登録年月日	昭和・平成 年 月 日

No. _____