

申請書名：薬局・店舗販売業・卸売販売業・高度管理医療機器等営業所・再生医療等製品販売業営業所の管理者兼務許可申請書

概要	薬局等の管理者が兼務許可を受けようとするときに申請を行うために使用します。
申請書以外に提出する書類	<ul style="list-style-type: none"> ① 休日診療所、夜間急病診療所との兼務の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 各地域薬剤師会が契約・協力要請等を受けたことを証する書類 ・ 薬剤師免許証の写し ② 卸売販売業営業所管理者の兼務の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 各社制定の営業所管理者及びその兼務に関する業務管理要綱 ・ 自己点検表 ・ 薬剤師免許証の写し ③ 高度管理医療機器等営業所管理者の兼務の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者となる要件を満たしていることを証する書類 ④ 再生医療等製品販売業営業所管理者の兼務の場合 <ul style="list-style-type: none"> ・ 管理者となる要件を満たしていることを証する書類
受付期間	随時
受付窓口	<p>所管する各総合支庁保健福祉環境部保健企画課</p> <p>電話：村山総合支庁 023-627-1248</p> <p>最上総合支庁 0233-29-1257</p> <p>置賜総合支庁 0238-22-3872</p> <p>庄内総合支庁 0235-66-4738</p>
問い合わせ先	同上
備考	<ul style="list-style-type: none"> ① 兼務できる業務は次の場合に限りです。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 学校薬剤師との兼務 ・ 休日診療所との兼務 ・ 夜間急病診療所との兼務 ・ 卸売販売業営業所管理者の兼務 <ul style="list-style-type: none"> 複数の卸売販売業者が共同で設置する発送センターでの兼務 サンプル卸又は体外診断用卸の営業所管理者の兼務 サンプル卸又は体外診断用卸を除く営業所管理者の兼務 ・ 高度管理医療機器等営業所間の兼務 <ul style="list-style-type: none"> 平成 21 年 9 月 4 日付け薬食機発 0904 第 1 号厚生労働省医薬食品局審査管理課医療機器審査管理室長通知第 1 の 4. の (2) に基づく ・ 再生医療等製品営業所管理者の兼務 ② 申請者は開設者とし、備考欄に管理者の住所、氏名を記入してください。 ③ 備考欄には、このほか兼務の場合により記載していただく事項があるので、申請時には上記問い合わせ先に事前にお問い合わせください。

記載例

〇〇年 〇月 〇日

山形県知事 吉村美栄子 殿

住所又は所在地 山形市十日町1-6-6

氏名又は名称及び代表者氏名 株式会社村山薬局
代表取締役 村山一郎

薬局（店舗、営業所）管理者兼務許可申請書

次のとおり管理する業務所以外の場所において、薬事に関する実務に従事したいので申請します。

管理する業務所	業種	薬局
	名称	村山薬局 (許可番号 村山第 A1000001 号)
	所在地	山形市十日町1-6-6 現在管理している薬局等の事項を記入する
	薬剤師数	2
兼ねようとする業務	名称	山形市立村山小学校
	所在地	山形市松波2-8-1 兼務しようとする施設が複数ある場合は(別紙)に記入する
	職名及び業務の内容	学校薬剤師 学校保健業務
	年間従事日数	12日 従事する始めの日を記入する
	従事期間	年月日から 例：令和4年4月1日から
参考事項	管理者住所・氏名：山形市十日町1-6-6 村山花子 (薬剤師免許番号・登録年月日 第123456号 平成20年5月10日) 管理者不在時の対応方法：従事薬剤師が代行する(山形太郎) 【薬局・店舗販売業の場合】管理者不在時に有資格者が不在となる場合の対応方法(勤務時間外に従事する等) 【卸売販売業の場合】日薬連策定の業務管理要綱に従って管理する旨 【サンプル卸(体外診卸)以外の卸売販売業の場合】 ・分割販売を行わない旨 ・麻薬及び向精神薬・覚せい剤原料を取扱わない旨 ・日薬連策定の業務管理要綱に従って管理する旨	

担当者氏名： 村山花子
電話番号： 023(627)1248

年 月 日

山形県知事

殿

住所又は所在地

氏名又は名称及び代表者氏名

薬局（店舗、営業所）管理者兼務許可申請書

次のとおり管理する業務所以外の場所において、薬事に関する実務に従事したいので申請します。

管理する業務所	業 種	
	名 称	(許可番号)
	所 在 地	
	薬 剤 師 数	
兼ねようとする業務	名 称	
	所 在 地	
	職名及び業務の内容	
	年 間 従 事 日 数	
	従 事 期 間	
参 考 事 項	管理者住所・氏名： (薬剤師免許番号・登録年月日) 管理者不在時の対応方法：	

担当者氏名：

電話番号：

(別紙)

兼ねようとする業務

1	名	称	
	所	在	地
	職名及び業務の内容		
	年間従事日数		
	従事期間		
2	名	称	
	所	在	地
	職名及び業務の内容		
	年間従事日数		
	従事期間		
3	名	称	
	所	在	地
	職名及び業務の内容		
	年間従事日数		
	従事期間		
4	名	称	
	所	在	地
	職名及び業務の内容		
	年間従事日数		
	従事期間		
5	名	称	
	所	在	地
	職名及び業務の内容		
	年間従事日数		
	従事期間		
6	名	称	
	所	在	地
	職名及び業務の内容		
	年間従事日数		
	従事期間		