

薬剤師又は登録販売者の一覧表（薬局用）

薬局の名称 _____

【管理者】

氏 名	生年月日 年 月 日		
住 所			
週当たり勤務時間数	時間 （内、開店時間中の勤務時間数 時間）		
薬剤師名簿登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日	年 月 日

【その他の薬剤師又は登録販売者】

氏 名	生年月日 年 月 日		
住 所			
週当たり勤務時間数	時間 （内、開店時間中の勤務時間数 時間）		
種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/> 調剤のみ </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ </div>		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

氏 名	生年月日 年 月 日		
住 所			
週当たり勤務時間数	時間 （内、開店時間中の勤務時間数 時間）		
種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/> 調剤のみ </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ </div>		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

氏 名	生年月日 年 月 日		
住 所			
週当たり勤務時間数	時間 （内、開店時間中の勤務時間数 時間）		
種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/> 調剤のみ </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ </div>		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日