

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

第1号様式（第2条関係）

令和 年 月 日

（あて先）浜松市保健所長

住所

申請者

氏名

薬局
店舗
医薬品営業所
高度管理医療機器等営業所

管理者兼務許可申請書

業務の種別
を記入する

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
第7条第4項ただし書
第28条第4項ただし書
第35条第4項ただし書 の規定により管理者の兼務許可を受けたいので、
第39条の2第2項ただし書

次のとおり申請します。

記

兼務しようとする管理者	氏名	鴨江太郎		
	住所	浜松市中区鴨江二丁目11番2号		
管理している薬局、店舗又は営業所	名称	株式会社かもえ 浜松営業所		
	所在地	浜松市中区元城町103番地の2		
	許可番号	浜健総A 第22-999号	許可年月日	平成21年7月1日
兼務しようとする場所	名称	株式会社かもえ 静岡営業所		
	所在地	静岡市葵区追手町9番地の6		
	業務の内容	医薬品医療機器等法第36条に規定する業務		
	名称			
	所在地			
	業務の内容			
兼務業務を行う回数	2回/月			
備考	薬剤師名簿登録番号 第123456号 登録年月日 平成10年6月30日			

注) 兼務業務を行う回数欄には、兼務しようとする場所により行う頻度（週、月等における回数）

- ・兼務を開始する前に申請を行うこと。
- ・主たる勤務場所が他都市であっても、浜松市保健所に提出する書類は、管理している店舗を浜松市内の店舗とすること。