

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）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

（あて先）浜松市保健所長

住所

申請者 浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号

氏名

鴨江 太郎

自宅住所を
記入する薬
店局
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

第39条の2第2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、

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	浜松市〇〇区〇〇町〇番地の〇		
管理している薬 局、店舗又は営 業所	名 称	株式会社かもえ 〇〇営業所		
	所在地	浜松市〇〇区〇〇丁目〇番〇号		
	許可番号	浜健総 A 第 22-〇〇号	許可年月日	令和〇年〇月〇日
兼務しようとする 場所	名 称	株式会社かもえ △△営業所		
	所在地	静岡市△△区△△町△番地の△		
	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 令和元年 6 月 30 日			

学校薬剤師の場合：
「学校保健安全法第 23 条に規定する業務」
夜間救急室の場合：
「浜松市夜間救急室における調剤業務」
卸売販売業の場合（サンプル卸）：
「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 36 条に規定する業務」

注）兼務業務を行う回数欄には、兼務しようとする場所において業務を行う頻度（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。