

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 浜松市〇〇区〇〇町〇番地の〇

申請者

氏名 鴨江 太郎

自宅住所を  
記入する

薬 局  
店 舗  
医 薬 品 営 業 所 管理者兼務許可申請書  
高度管理医療機器等営業所

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る

第39条の2第2項ただし書

次のとおり申請します。

記

第7条第4項ただし書：薬局

第28条第4項ただし書：店舗販売業

第35条第4項ただし書：卸売販売業

第39条の2第2項ただし書：高度管理医療器等  
販売業貸与業

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	鴨江薬局		
	所在地	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇番〇号		
	許可番号	浜健総第 1-〇〇号	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	静岡県立鴨江高等学校		
	所在地	浜松市〇〇区〇〇丁目〇番〇号		
	業務の内容	学校保健安全法第 23 条に規定する業務		
	名 称	浜松市夜間救急室		
	所在地	浜松市〇〇区〇町〇番地の〇		
	業務の内容	浜松市夜間救急室における調剤業務		
兼務業務を行う 回 数	各施設について、概ね年に 5 回程度		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」	
備 考	薬剤師名簿登録番号 第 123456 号 登録年月日 令和〇年〇月〇日		夜間救急室の場合： 「浜松市夜間救急室における調剤業務」	

注）兼務業務を行う回数欄には、兼務しようとする場所  
等における回数）を記入してください。※兼務を開始する前に申請する。※兼務する場所を追加するときは、その都度、**廃止・新規許可申請**を行う。

※管理者の変更届の提出前に申請する場合は、資格証の原本を持参する（薬剤師免許証等）。