

令和 年 月 日

東京都北区保健所長 殿

申請者 住 所
氏 名

印

薬局管理者 兼務許可申請書

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3項ただし書の規定に基づき、下記のとおり許可を受けたいので申請します。

記

管理している 薬 局	名 称	
	所在地	
兼務しようと する業務	名 称	
	所在地	
	内 容	学校保健安全法第23条に規定する学校薬剤師
兼務しようと する業務	名 称	
	所在地	
	内 容	学校保健安全法第23条に規定する学校薬剤師
兼務しようと する業務	名 称	
	所在地	
	内 容	学校保健安全法第23条に規定する学校薬剤師
兼 務 期 間	令和 年 月 日から離職する日まで	
備 考		

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。

理 由 書

氏 名

印

地域における薬剤師が不足しているため、2校以上の学校薬剤師を兼務
することを許可願います。

令和 年 月 日

東京都北区保健所長 殿

令和 年 月 日

東京都北区保健所長 殿

住所
届出者 氏名

印

薬局管理者 兼務廃止届書

東京都北区医薬品、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
施行細則第2条第3項の規定に基づき、下記により廃止の届出をします。

記

管理している 薬局	名称	
	所在地	
許可を受けた 兼務する業務	名称	
	所在地	
	内容	学校保健安全法第23条に規定する学校薬剤師
許可を受けた 兼務する業務	名称	
	所在地	
	内容	学校保健安全法第23条に規定する学校薬剤師
許可を受けた 兼務する業務	名称	
	所在地	
	内容	学校保健安全法第23条に規定する学校薬剤師
許可番号及び年月日		
廃止の年月日		令和 年 月 日

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
- 2 字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。