

管理薬剤師兼務に関する申告書

1 管理する営業所の種別

- (1) サンプル卸 (2) 体外診断用医薬品卸 (3) (1)(2)以外の卸売販売業

2 1の(1)(2)の場合、現在管理を兼務する営業所数等(今回提出分を含まない営業所数)

宮崎県内のみ	営業所	九州管内	営業所
西日本ブロック	営業所	全国	営業所

3 主として勤務する営業所の規模等

取扱品目数	直近取引年額	営業区域(今後の予定を含む)
品目	万円	
代行者	住所 氏名 在職年数	

4 兼務する営業所の規模等

名称:
所在地:

取扱品目数	直近取引年額	営業区域(今後の予定を含む)
品目	万円	
代行者	住所 氏名 在職年数	

5 1の(3)の場合、兼務するすべての営業所の事業等

- (1) 分割販売の有無 有 無
 (2) 麻薬卸売業の免許の有無 有 無
 (3) 覚醒剤原料取扱者の指定の有無 有 無

6 営業所の管理等に関する規定等

- (1) 1の(1)(2)の場合、日本製薬団体連合会若しくは一般社団法人日本臨床検査薬協会の「管理薬剤師及びその兼務に関する業務管理要項」に基づく管理体制の確立の有無 有 無
 (2) 1の(3)の場合、業務管理要領等の制定の有無 有 無

以上により当該営業所の管理に関して支障を生じることはありません。

年 月 日

管理薬剤師 住所
氏名

以上の管理薬剤師の兼務については、当該営業所の業務に支障はありません。
 なお、管理薬剤師代行者を変更した場合は、30日以内に届け出ます。
 また、当該営業所の管理薬剤師として業務の遂行に支障を生じた場合には、他の管理薬剤師を設置するなど速やかに改善をいたします。

年 月 日

営業者 住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)