

薬剤師又は登録販売者の一覧表（薬局用）

薬局の名称 _____

【管理者】

氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間（内、開店時間中の勤務時間数 時間）		
薬剤師名簿登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日	年 月 日

【その他の薬剤師又は登録販売者】

氏名					
住所					
週当たり勤務時間数	時間（内、開店時間中の勤務時間数 時間）				
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <input type="checkbox"/>調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/>調剤のみ </td> <td> <input type="checkbox"/>医薬品販売のみ </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/> 調剤のみ	<input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ
<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/> 調剤のみ	<input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ				
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日		

氏名					
住所					
週当たり勤務時間数	時間（内、開店時間中の勤務時間数 時間）				
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <input type="checkbox"/>調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/>調剤のみ </td> <td> <input type="checkbox"/>医薬品販売のみ </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/> 調剤のみ	<input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ
<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/> 調剤のみ	<input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ				
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日		

氏名					
住所					
週当たり勤務時間数	時間（内、開店時間中の勤務時間数 時間）				
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <input type="checkbox"/>調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/>調剤のみ </td> <td> <input type="checkbox"/>医薬品販売のみ </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/> 調剤のみ	<input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ
<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売 <input type="checkbox"/> 調剤のみ	<input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ				
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日		

【その他の薬剤師又は登録販売者（続き）】

氏名							
住所							
週当たり勤務時間数	時間（内、開店時間中の勤務時間数 時間）						
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/>調剤及び医薬品販売</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>調剤のみ <input type="checkbox"/>医薬品販売のみ</td> </tr> </table>			{	<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売	}	<input type="checkbox"/> 調剤のみ <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ
{	<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売	}					
	<input type="checkbox"/> 調剤のみ <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ						
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日				

氏名							
住所							
週当たり勤務時間数	時間（内、開店時間中の勤務時間数 時間）						
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/>調剤及び医薬品販売</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>調剤のみ <input type="checkbox"/>医薬品販売のみ</td> </tr> </table>			{	<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売	}	<input type="checkbox"/> 調剤のみ <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ
{	<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売	}					
	<input type="checkbox"/> 調剤のみ <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ						
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日				

氏名							
住所							
週当たり勤務時間数	時間（内、開店時間中の勤務時間数 時間）						
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/>調剤及び医薬品販売</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>調剤のみ <input type="checkbox"/>医薬品販売のみ</td> </tr> </table>			{	<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売	}	<input type="checkbox"/> 調剤のみ <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ
{	<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売	}					
	<input type="checkbox"/> 調剤のみ <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ						
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日				

氏名							
住所							
週当たり勤務時間数	時間（内、開店時間中の勤務時間数 時間）						
種別	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/>調剤及び医薬品販売</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>調剤のみ <input type="checkbox"/>医薬品販売のみ</td> </tr> </table>			{	<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売	}	<input type="checkbox"/> 調剤のみ <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ
{	<input type="checkbox"/> 調剤及び医薬品販売	}					
	<input type="checkbox"/> 調剤のみ <input type="checkbox"/> 医薬品販売のみ						
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日				