

別紙 業務体制表（配置販売業用）

申請者 _____

I 薬剤師、登録販売者の週当たり勤務時間数

氏名	住所	週当たり勤務時間数	一般用医薬品を配置する勤務時間数	種別（薬剤師・登録販売者の別）		薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	薬剤師名簿登録年月日又は販売従事登録年月日
					登販の場合経験の有無※		
㊦				薬剤師 登録販売者	有		
				薬剤師 登録販売者	有・無		
				薬剤師 登録販売者	有・無		
				薬剤師 登録販売者	有・無		
				薬剤師 登録販売者	有・無		
				薬剤師 登録販売者	有・無		
				薬剤師 登録販売者	有・無		
				薬剤師 登録販売者	有・無		

①薬剤師の勤務時間数合計	
②登録販売者の勤務時間数合計	
③一般用医薬品を配置する薬剤師の勤務時間数合計	
④一般用医薬品を配置する登録販売者の勤務時間数合計	

※過去5年以内に2年以上、一般従事者としての業務経験または登録販売者としての実務経験の有無

II 営業時間（一週間の総和）

営業時間の種類	週当たり時間数
⑤ 全営業時間	
⑥ ⑤のうち、一般用医薬品を配置販売する時間	
⑦ ⑤のうち、指定第二类医薬品、第二类医薬品、第三類医薬品を配置販売する時間	
⑧ ⑤のうち、第一類医薬品を配置販売する時間	

（注意）

- Iについて、管理者を1行目に記入すること。
- 以下の不等式について、適合しているか確認すること。
但し、第一類医薬品を販売等しない場合は、一及び四について確認を要しない。

	チェック欄
一 ① ≥ ⑧	
二 (①+②) ≥ ⑦	
三 (③+④) ≥ (①+②) ÷ 2	
四 ③ ≥ (③+④) ÷ 2	