

別紙 業 務 体 制 表 (店 舗 販 売 業 用)

店舗名

I 薬剤師、登録販売者の週当たり勤務時間数

<薬剤師>

氏 名	住 所	週当たり 勤務 時間数	薬剤師名簿 登録番号	薬剤師名簿 登録年月日
管				

<登録販売者>

氏 名	住 所	週当たり 勤務 時間数	販売従事 登録番号	販売従事 登録年月日	業務又は実務 経験期間 ※1	証明書提 出先 ※2
管						

※1 業務又は実務経験期間 : 一般従事者としての業務経験又は登録販売者としての実務経験の期間を記入してください。(〇年〇月～〇年〇月)

※2 証明書提出先 : 添付を省略する場合は、過去の提出先及び提出年月を記入してください。(△△保健所、〇年〇月)

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	
就業規則に基づく、1週間あたりの薬剤師(登録販売者)の勤務時間数	

II 店舗の営業時間(一週間の総和)

営業時間の種類	週当たり 時間数
③ 全開店時間(特定販売のみ実施する時間は含まない)	
④ ③のうち、要指導医薬品又は一般用医薬品を販売等する時間	
⑤ ③のうち、要指導医薬品又は第一類医薬品を販売等する時間	
⑥ ③のうち、要指導医薬品を販売等する時間	
⑦ ③のうち、第一類医薬品を販売等する時間	

III 情報提供場所の数

情報提供場所の種類	箇所数
⑧ 要指導医薬品又は一般用医薬品の情報提供等場所	
⑨ うち、要指導医薬品又は第一類医薬品の情報提供等場所	

(注意)

1 Iについて、管理者を1行目に記入すること。

2 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、要指導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。

但し、第一類医薬品を販売等しない場合は、三及び五について確認を要しない。

	チェック欄
一 (①+②)÷⑧≥④	
二 ①÷⑨≥⑤	