一般社団法人千葉市薬剤師会　御中

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更訂正 | 営業所の名　　称 | * フリガナ
 |
|  |  |
|  | 営業所の連絡先 | * 〒
 |
| * 電話
 | メールアドレス |
| * FAX
 | ホームページURL |
|  | 開設者氏　名 | * フリガナ
 |
| * 法人の場合は法人名及び代表者氏名
 |
|  | 開設者の連絡先 | * 〒
 | * 電話
 |
| * FAX
 |
| メールアドレス |
|  | ※業　　　種いずれかに○ | １　薬局（保険薬局　有　・　無　）　　２　医薬品店舗販売業　３　卸売販売業 |
|  | * 販売形態

いずれかに○ | １　調剤のみ　　　　２　OTCと調剤　　　　３　卸売販売業 |
|  | * 定休日
 | （曜日・時間等） |
|  | * 営業時間
 | 曜日　　　時　　　分から　　　　時　　　分まで |
| 曜日　　　時　　　分から　　　　時　　　分まで |
|  | その他登録（予定）いずれかに○ | 自立支援医療機関 | 在宅患者訪問薬剤管理指導 | 高度管理医療機器 | 麻薬小売業者免許 |
| 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 | 有　・　無 |
| 注射針回収 | 広域病院処方箋受入 | 学生受入予定 | 当会ホームページ掲載 |
| 可　・　否 | する　・　しない | 有　・　無 | 可　・　否 |
| 毒物・劇物 | 薬局ホームページへのリンク | 備考 |
| 有　・　無 | はい　・　いいえ |

（全てご記入のうえ、変更・訂正のある箇所に○印を付けてください。）

（全てご記入のうえ、変更・訂正のある箇所に○印を付けてください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 管　理　薬　剤　師 | * フリガナ
 |  | * 性別
 |
| * 氏　　名
 | ㊞  | 男　・　女 |
| * 生年月日
 | 　　昭和　　・　　平成　　　　年　　　　月　　　日 |
| * 出身大学
 | 　　　　　　　　　大学　　　　 | 昭和・平成　　　年度卒業 |
| * 薬剤師

登録番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 自宅住所 |  |
| * 調剤経験　　あり　・　なし
 | 学校薬剤師・夜急診・休日診（参加希望に○） |

この情報は登録のみに使用し、他の目的には一切使用いたしません。