

提出年月日、住所、氏名を記載し、押印してください。

年 月 日

練馬区保健所長 殿

届出者 住所
氏名

印

薬局管理者

店舗販売業店舗管理者

卸売販売業医薬品営業所管理者

高度管理医療機器等営業所管理者

再生医療等製品営業所管理者

兼務廃止届書

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行細則

第2条第3項

第3条第1項から第4項までにおいて準用する 第2条第3項 の規定に基づき、下記により廃止の届出をします。

記

許可を受けた兼務する業務	名称	1 練馬区立 小学校 2 練馬区立〇〇中学校
	所在地	1 練馬区〇〇一丁目2番3号 2 練馬区 二丁目3番4号
	内容	学校薬剤師
許可番号及び年月日	第 号 年 月 日	許可証をご覧いただき、記載ください。
廃止の年月日	年 月 日	実際の廃止日を記載ください。

(注意)

- 1 字は、ボールペン、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 2 不要の文字は抹消すること。
- 3 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかにより記載すること。