別紙様式２

営業時間に関する申立書

岩手県　　　保健所長　様

年　　月　　日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

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第７条第４項の規定に基づく管理者兼任許可申請にあたり、下記のとおり薬局の営業時間と兼任先の薬局に従事する時間に重複がないことを申し立てます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 薬局の営業時間 | 兼任先の薬局に従事する時間 |
| 月 |  |  |
| 火 |  |  |
| 水 |  |  |
| 木 |  |  |
| 金 |  |  |
| 土 |  |  |
| 日 |  |  |
| 祝日 |  |  |
| 備考 |  | |