

別紙様式 2

(サンプル卸・体外診断用医薬品) 管理薬剤師兼務適用願書

営業所 管理者	氏名			
	住所			
	薬剤師名簿 登録番号	第	号	年 月 日
主として 勤務する 営業所	名称			
	所在地			
	許可番号 及び年月日	() 第	号	年 月 日
兼務する 営業所	名称			
	所在地			
	許可番号 及び年月日	() 第	号	年 月 日
	代行者氏名			

この度、(サンプル卸・体外診断用医薬品)のみを取扱う卸売販売業の(許可申請・変更届)を行うに当たり、管理者及びその兼務に関する業務管理について、別紙の業務管理要領に基づく社内管理体制を確立しますので、上記の管理者について、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35条第4項の規定を適用していただきますようお願いいたします。

なお、当該営業所の管理者として業務を遂行するに当たって支障が生じた場合には、他の管理者を設置するなど速やかに改善いたします。

年 月 日

営業者 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)

宮崎県知事

殿