

薬剤師又は登録販売者の一覧表

薬局又は医薬品販売業者の所在地

越谷市●●1-2-3

薬局、店舗の名称等

●●薬局 越谷店

【管理者】

ふりがな 氏名	こしがや がーや 越谷 がーや		
住所	埼玉県越谷市●●1-2-3		
週当たり勤務時間数	45時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	45時間 45時間
種別※1	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 1 2 3 4 5 6 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	令和8年 4月23日

* 特定管理医療機器の販売業若しくは貸与業を併せ行うにあたり、特定管理医療機器営業所管理者と店舗管理者が異なる場合は、以下に特定管理医療機器営業所管理者の氏名及び住所を記入。

ふりがな 氏名	
住所	

【その他の薬剤師又は登録販売者】

ふりがな 氏名	こしがや がーこ 越谷 がー子		
住所	埼玉県越谷市●●1-2-3		
週当たり勤務時間数	40時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別※1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 登録販売者 (□研修中の登録販売者※2)		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 11-22-33333 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	令和7年10月23日

ふりがな 氏名	以下、同様に入力 (今回の届出で変更がない方もご記載ください)		
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別※1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (□研修中の登録販売者※2)		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

※1 □にレ点を付ける等して該当する種別が分かるように記載してください。

※2 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規則第140条第1項2号、第149条の2第1項第2号に該当する登録販売者以外の登録販売者。

(注意)

- 1 配置販売業者の場合、「薬局、店舗の名称等」の欄には配置販売業を行う者の氏名（法人にあっては名称）を記載してください。
- 2 店舗販売業者又は配置販売業者の場合、「調剤に従事する勤務時間」の欄は空欄のままとしてください。

【その他の薬剤師又は登録販売者（続き）】

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者※2）		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者※2）		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者※2）		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者※2）		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

ふりがな 氏名			
住所			
週当たり勤務時間数	時間	うち、調剤に従事する勤務時間 要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間 時間
種別 ※ 1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者（ <input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者※2）		
薬剤師名簿登録番号 又は販売従事登録番号	第 号	薬剤師名簿登録年月日 又は販売従事登録年月日	年 月 日

※1 にレ点を付ける等して該当する種別が分かるように記載してください。

※2 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規則第140条第1項2号、第149条の2第1項第2号に該当する登録販売者以外の登録販売者。