

第1号様式（第2条関係）

年 月 日

（あて先）八戸市保健所長

郵便番号
申請者 住 所
氏 名
電話番号

管理者兼務許可申請書

下記のとおり、管理する薬局（店舗、営業所）以外の場所において、薬事に関する実務に従事したいので、八戸市医薬品、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1項の規定により申請します。

記

主たる管理先	所在地	
	名称	
兼務先	所在地	
	名称	
兼ねようとする薬事業務の内容及び年間従事日数		
備 考		