**構造設備の概要（医療機器販売業又は貸与業用）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 営業所の名称 |  | |
| 営業所の所在地 |  | |
| （平面図）※１ | | |
| 当該営業所以外の保管設備※２ | | 有　・　無 |
| 営業所の名称 |  | |
| 営業所の所在地 |  | |

　※１　営業所の平面図は、医療機器の貯蔵陳列場所を朱線等で明示し、寸法を記載すること。

　　２　取り扱う医療機器が大型である等により同一事業所が別の専用保管庫を設置する場合は、その営業所の名称、所在地を記載し、その平面図を添付すること。

**雇　用　証　明　書**

　　　　　　年　　月　　日

　私たちは、下記事項を条件として使用関係にあることを証明します。

　　　　　　　　　　　　雇 用 者　　住　　所()

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名()

　　　　　　　　　　　　被雇用者　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　　　　　年　　月　　日

記

１　勤務場所　　所在地

　　　　　　　　名　称

２　業務内容

□薬局管理者

□店舗管理者（□薬剤師　□登録販売者）

□管理者以外の従事者（□薬剤師　□登録販売者）

□医薬品営業所管理者（□薬剤師　□みなし合格登録販売者　□医療用ガス類　□歯科用医薬品）

□高度管理医療機器等営業所管理者

３　勤務日・勤務時間

４　休日

５　その他

**添付書類省略**

１　登記事項証明書省略

2. 許可番号及び年月日
3. 薬局（店舗、営業所）の所在地
4. 薬局（店舗、営業所）の名称
5. 申請（届出）年月日

２　雇用関係書類省略　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　分

2. 許可番号及び年月日
3. 薬局（店舗、営業所）の所在地
4. 薬局（店舗、営業所）の名称
5. 申請（届出）年月日

　備考　上記の省略する書類を提出した薬局（店舗、営業所）の許可の種類、許可番号、年月日、所在地、名称及び省略する書類を添付した許可申請、変更届等の申請（届出）年月日を記載してください。