**細則様式第３号**（青森市医薬品、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条関係）

管理者兼務廃止届

　年　　月　　日

　青森市保健所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

　青森市医薬品、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３項の規定に基づき、下記について廃止の届出をします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 許可番号及び年月日 | | 青市兼務第　　　号　　　　　　　年　　月　　日 |
| 主たる  管理先 | 所在地 | 〒  電話番号 |
| 名称 | （薬局第　　　　　　　　号） |
| 許可を受けた兼務先 | 所在地 | 〒  電話番号 |
| 名称 |  |
| 許可を受けた実務内容  及び年間従事日数 | |  |
| 廃止の年月日 | |  |

注　　管理者兼務許可証の原本を添付すること。

【記載時の注意】

**細則様式第３号**（青森市医薬品、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条関係）

管理者兼務廃止届

　年　　月　　日

　青森市保健所長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒

兼務許可証に記載されている、**申請者（薬局管理者）ご本人**の住所、電話番号、氏名を記載してください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

　青森市医薬品、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３項の規定に基づき、下記について廃止の届出をします。

兼務許可証に記載されている内容をそれぞれ転記する。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 許可番号及び年月日 | | 青市兼務第　　　号　　　　　　　年　　月　　日 |
| 主たる  管理先 | 所在地 | 〒  電話番号 |
| 名称 | （薬局第　　　　　　　　号） |
| 許可を受けた兼務先 | 所在地 | 〒  電話番号 |
| 名称 |  |
| 許可を受けた実務内容  及び年間従事日数 | | **兼務許可証の原本のみ**添付してください（許可指令書は不要です）  ※紛失している場合はご連絡ください |
| 廃止の年月日 | | **※廃止年月日を記載** |

注　　管理者兼務許可証の原本を添付すること。