

例示 4

薬局に従事する者

管理者				
氏名	生年月日	年	月	日
住所				〒
資格	登録番号	第	号	
	登録年月日	年	月	日
				週当たり 勤務時間数
				時間

その他薬剤師又は登録販売者				
氏名	資格			週当たり 勤務時間数
	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 医薬品販売	生年月日	年	月
	<input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	第	号
		登録年月日	年	月
				日
				時間
	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 医薬品販売	生年月日	年	月
	<input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	第	号
		登録年月日	年	月
				日
				時間
	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 医薬品販売	生年月日	年	月
	<input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	第	号
		登録年月日	年	月
				日
				時間
	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 医薬品販売	生年月日	年	月
	<input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	第	号
		登録年月日	年	月
				日
				時間
	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 医薬品販売	生年月日	年	月
	<input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	第	号
		登録年月日	年	月
				日
				時間
	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 調剤 <input type="checkbox"/> 医薬品販売	生年月日	年	月
	<input type="checkbox"/> 登録販売者	登録番号	第	号
		登録年月日	年	月
				日
				時間