別紙

**兼務しようとする場所**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **店舗（学校等）****の名称** | **許可番号****許可年月日** | **区分** | **店舗（学校等）****の所在地** | **業務の内容****及び期間** |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

**記入例**別紙

**学校、休日夜間診療所の場合記入不要**

**学校、休日夜間診療所の場合記入不要**

**兼務しようとする場所**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **店舗（学校等）****の名称** | **許可番号****許可年月日** | **区分** | **店舗（学校等）****の所在地** | **業務の内容****及び期間** |
| １ | **○○小学校** |  |  | **●●市○○町△番□号** | **学校保健安全法第２３条に規定する業務****月××日、週××日、１日約××時間** |
| ２ | **◎◎小学校** |  |  | **●●市◎◎町△△△番地** | **学校保健安全法第２３条に規定する業務****月○○日、週○○日、１日約○○時間** |
| ３ | **△△市休日夜間診療所** |  |  | **◇◇市△△町○番○号** | **夜間（又は休日）の調剤業務****月△△日、１日約△△時間** |
| ４**兼務許可が認められる範囲：①非常勤の学校薬剤師の兼務 ②「サンプル卸」「体外診断用医薬品卸」の店舗間の兼務又は「麻薬、向精神薬、覚せい剤原料の取扱いがなく、分割販売を行わない卸売販売業」の店舗間の兼務 ③地方公共団体の設置した「休日夜間診療所」又は医薬分業推進支援センター内の薬局における休日、夜間の調剤業務のみを行う場合で、当該薬局等の業務遂行に支障の無い場合 ④指定居宅介護支援事業の管理者又は介護支援専門員を行う場合で、当該薬局等の業務遂行に支障の無い場合** |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |  |
| ９**①学校保健安全法第２３ 条に規定する業務****②卸売販売業の店舗間の業務****③夜間（又は休日）の調剤業務****④指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準の管理者又は介護支援専門員の業務又は介護支援専門員の業務**兼務しようとする薬局、店舗販売業、卸売販売業の許可番号、許可年月日を記載兼務しようとする薬局、店舗販売業、卸売販売業の別 |  |  |  |  |  |