別添　（添付書類の省略）

下記の書類は、　　柏市　保健所に提出しているため添付を省略します。

許可番号　　　　柏保第　　　号　　　業態

開設者

施設の名称

施設の所在地

提出年月日　　　　　　年　　　月　　　日

記

１　構造設備の概要（開設者変更の場合のみ）

　　前施設の許可番号　　　柏保第　　　号

　　前開設者氏名

　　前施設の名称

２　登記事項証明書

３　役員の診断書

　　氏　名

４　薬剤師又は登録販売者の使用関係を証する書類

　　氏名　　　　　　　　　　　　　生年月日　Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日

　　住所

資格　薬剤師　・　登録販売者

　　氏名　　　　　　　　　　　　　生年月日　Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日

　　住所

　　資格　薬剤師　・　登録販売者

　　氏名　　　　　　　　　　　　　生年月日　Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日

　　住所

　　資格　薬剤師　・　登録販売者

（注）省略する書類の番号に○印をつけること。

　　なお、１、３、４を省略する場合は、必要事項を記入すること。