**管理者兼務許可申請に係る意見書**

　　年　　月　　日

次の施設が、地域における医薬品供給体制の確保のため必要と認めます。

なお、その理由は、下記のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 薬局、店舗又は営業所の所在地 |  | ●●市○○町１２３番地 |
| 薬局、店舗又は営業所の名称 |  | しまね△△薬局 |

記

1. 当該地域における医療体制（医療機関・薬局等）の現状、課題

・

・

1. 当該薬局等が果たす役割

　　・

　　・

（３）その他（住民からの要望等）

島根県知事　　　　　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 氏名 | ●●市健康福祉部医療政策課長 |
| 担当　（連絡先） | 医療保健係　○○TEL:123-456-789　 |

**管理者兼務許可申請に係る意見書**

　　年　　月　　日

　　下記**１．**の薬局については、地域における医薬品供給体制の確保のため必要であるため、当該薬局の開設者が管理者兼務許可申請することに同意します。

記

|  |
| --- |
| **１**．管理者として勤務する薬局、店舗又は営業所 |
|  | 所在地 |  | ●●市○○町１２３番地 |
| 名称 |  | △△薬局 |
|  |  |  |  |
| **２．**兼務先の薬局、店舗又は営業所 |
|  | 所在地 |  | ●●市◎◎町４５６番地 |
| 名称 |  | しまね□□薬局 |

（理由）

島根県知事　　　　　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 　○○市○○町○○番地 |
| 氏名 | 一般社団法人島根県薬剤師会●●支部　　　　　　　　支部長　　　島根　太郎 |
| 連絡先（TEL） | 123-456-789　 |