

도매업무관리자 신고서

접수번호	접수일	발급일	처리기간	7일
------	-----	-----	------	----

신고인	성명		
	영업소의 명칭	전화번호	
		전자우편	
	영업소의 소재지		

도매업무 관리자	성명	면허번호
	생년월일	면허 또는 자격의 종류
도매업무 관리자	성명	면허번호
	생년월일	면허 또는 자격의 종류
도매업무 관리자	성명	면허번호
	생년월일	면허 또는 자격의 종류

「약사법 시행규칙」 제42조제1항에 따라 위와 같이 도매업무관리자를 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

담당자 성명

담당자 전화번호

시장 · 군수 · 구청장 귀하

신고인 제출서류	1. 도매업무관리자의 자격을 확인할 수 있는 서류 2. 의약품 도매상 허가증	수수료 없음
담당공무원 확인사항	약사 면허증(도매업무관리자가 약사인 경우만 해당합니다)	

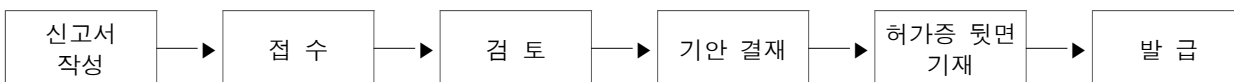
행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 약사 면허증을 확인하는 것에 동의합니다. *동의하지 않는 경우에는 신고인이 직접 그 서류를 제출하여야 합니다.

도매업무관리자

(서명 또는 인)

처리절차



신고인

처리기관: 시 · 군 · 구