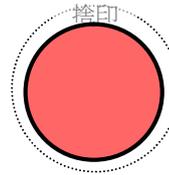


差し支えなければ捨印（法人による申請にあっては代表者印）を押印すること。



記載例

薬局機能情報届書

薬局開設許可番号及び年月日	指令松保第123号 平成30年6月15日	
薬局の名称	しまね薬局	
薬局の所在地	松江市殿町1番地	
届出の種類	1 定期	変更または訂正する項目 薬剤師の不在時間の有無
	2 新規開設許可時	
3 変更		
4 訂正		
情報の内容	別紙のとおり	
備考	薬剤師不在時間の有無にかかる変更届書若しくは薬局許可開設申請書の写しを添付すること。	

上記により薬局機能情報の届出をします。

令和 **2** 年 **8** 月 **20** 日

提出年月日を記載すること。

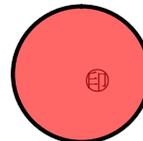
住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

代表取締役 島根 太郎



法人による申請にあっては、登記された代表者印を押印すること。

島根県知事 **丸山 達也** 殿

(注意)

1. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
2. 字は、楷書ではっきりと書くこと。
3. 「届出の種類」欄は、該当する番号に○印を付すこと。
4. 「変更または訂正する項目」欄は、変更または訂正を届け出る場合に、該当する情報の項目名を記載すること。
5. 薬局機能情報の内容を示す別紙を添付すること。
6. この届書は、届出を行う薬局の所在地を管轄する保健所へ1通を提出すること。