

取 扱 処 方 箋 数 届 書

許可番号及び年月日	第 号 年 月 日
薬 局 の 名 称	
薬 局 の 所 在 地	
前年において業務を行 った期間及び日数	業務を行った期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 業務を行った日数： 日／年 (別紙様式 2 の G と同じ)
前 年 に お け る 総 取 扱 処 方 箋 数	枚／年(別紙様式 2 の F と同じ)
備 考	保険薬局の指定の有無： 有 , 無 薬局の電話番号： () —

上記により，取扱処方箋数の届出をします。

年 月 日

住 所 法人にあっては，主
 たる事務所の所在地

氏 名 法人にあっては，名
 称及び代表者の氏名

鹿児島県知事 殿