様式第七(第十七条関係)

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

　　　　　　　 　法人にあっては，主

　　　　　　　 住　所

　　　　　　　　　たる事務所の所在地

　　 　　　　　　　　　法人にあっては，名

　　 　　　　　氏　名

　　　　　　　　　称及び代表者の氏名

　鹿児島県知事　　　　　　　　殿