様式　１

**薬 局 機 能 情 報 報 告 届**

　医薬品，医療機器等の品質，有効性及び安全性の確保等に関する法律第８条の２第１項の規定により下記の薬局について別添のとおり報告します。

　　　報告薬局の許可番号及び薬局の名称名

　　　 第　 　　　号，

　　　　　　年　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　住　所（法人にあっては，所在地）

　　　　　　　　　　　　氏　名（法人にあっては，名称及び代表者名）

　鹿児島県知事　　　　　　　　殿

※住所・氏名の欄は開設者が法人の場合は，その所在地，名称及び代表取締役名を記載してください（薬局の住所・氏名ではありません）。