様式　３

薬 局 機 能 情 報 定 期 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施行規則第１１条の２により，下記のとおり報告します。

記

１　許可番号及び薬局の名称名

許 可 番 号（第　　号）

薬局の名称（　　）

２　報告内容

□　既報告内容には，別添のとおり訂正箇所はありません。

□　既報告内容を，別添のとおり訂正または変更します。

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）。