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）。