

応需薬局登録辞退届

令和 年 月 日

所属の地域薬剤師会へご提出ください。

薬剤師会

都合により、令和 年 月 日をもって、応需薬局登録を
辞退します。

(ふりがな) 薬 局 名	
所 在 地	〒
開 設 者 名	
電 話 番 号	

※県薬ホームページの変更は、この届出を持って、1週間以内に行います。
但し緊急の場合、各院外処方せんFAX送信窓口へのFAX連絡を行うことは可能
ですので、所属の地域薬剤師会へご連絡ください。