

福岡県薬剤師会会長 殿

開設者の住所及び氏名

(法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職氏名)

〒

電話番号 ( )

地域における薬局の医薬品提供体制(在宅含む)の情報収集と周知に係る申請書

地域における薬局の医薬品提供体制(在宅含む)の周知に関して、運用規定を確認し内容へ同意しましたので、添付書類を添えて申請します。

保険薬局(医療機関)コード		メールアドレス	
薬局	(フリガナ) 名称		
	所在地	〒 - 電話番号 ( ) FAX 番号 ( )	
管理薬剤師	(フリガナ) 氏名		
	保険薬剤師の登録の記号及び番号		
開設者(法人の場合は、代表者)	保険薬剤師 ・ その他	保険薬剤師の登録の記号及び番号	

※添付書類一覧

開設許可証の写し 1通

管理薬剤師の薬剤師免許証の写し 1通