

様 式 1

薬局機能情報報告書

許 可 番 号	() 第 号
薬 局 の 名 称	

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項の規定に基づき、別紙のとおり、医療を受ける者が薬局の選択を適切に行うために必要な情報（薬局機能情報）を報告します。

年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

様

連絡先 (TEL)	() ー
-----------	-------

(注意)

この報告書は、オンライン申請を行わない場合に提出すること。

調査票を添付すること。