

被災に伴う薬局等の届出

業 務 の 種 別		
許 可 番 号 及 び 年 月 日		
薬 局 等	名 称	
	所 在 地	
仮 店 舗 の 所 在 地		
仮 店 舗 の 構 造 設 備 の 概 要		別紙のとおり
届 出 の 理 由		
復 旧 に 要 す る 期 間		
備 考		

上記により、仮店舗で業務を行う届出をします。

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)

都 道 府 県 知 事
保 健 所 設 置 市 市 長
特 別 区 区 長
殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 当該薬局等と仮設店舗の位置関係がわかる配置図を添付すること。