

国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業の廃止届

登録、その更新の年月日 及び登録番号	登録： 年 月 日 更新： 年 月 日 第 号
薬局の名称	
薬局の所在地 及び電話番号	〒 (TEL)
廃止年月日	年 月 日
廃止の理由	
備 考	

上記により、国家戦略特別区域処方箋薬剤遠隔指導事業の廃止の届出をします。

年 月 日

住 所

(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

(TEL)

ふりがな

氏 名

(法人にあつては、名
称及び代表者の氏名)

印

(開設者が個人の場合、自署であれば押印不要)

【連絡先： 担当者名： 】

千葉市長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A 4 とすること。
- 2 廃止の理由欄にその記載事項の全てを記載することができないときは、同欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙を添付すること。
- 3 登録事業を廃止したときは、廃止後 10 日以内に届出ること。

添付書類

交付済みの登録通知書（原本）