

取扱処方箋数届書

許可番号及び年月日	第 一 号 年 月 日
薬 局 の 名 称	
薬 局 の 所 在 地	小樽市
前年において業務を行 った期間及び日数	期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 日数： _____ 日
前 年 に お け る 総 取 扱 処 方 箋 数	$\left(\frac{\quad}{\quad} \times \frac{2}{3} \right) + \frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad} \text{ 枚}$ 眼科、耳鼻咽喉科及び歯科の その他の処方箋 総取扱処方箋枚数 処方箋
備 考	

上記により、取扱処方箋数の届出をします。

令和 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)

小樽市保健所長 様

(連絡先) 電話 _____ (担当者)