

様式 1

薬局機能情報定期報告書

平成 年 月 日

宮城県知事

殿

住 所 〔 法人にあっては、主たる事務所の所在地 〕

氏 名 〔 法人にあっては、名称及び代表者の氏名 〕

印

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項の規定により、下記のとおり報告します。

記

許可番号及び年月日	第 号 平成 年 月 日
薬 局 の 名 称	
薬 局 の 所 在 地	
報 告 事 項	<input type="checkbox"/> メールで電子データ送付済 日時：平成 年 月 日 時 メールアドレス： _____ @ _____ <input type="checkbox"/> 別添記録媒体のとおり <input type="checkbox"/> 別紙（様式3）のとおり
備 考	

担当者 _____ 連絡先 _____ () _____