

島根県薬剤師会確認書

No. _____

年 月 日 現在

(一社) 島根県薬剤師会

薬局名称		所在地		電話番号		開設者は薬剤師か	有 無
開設者名	印	開設者住所		電話番号		保険薬剤師登録番号	島薬
管理薬剤師名		管理薬剤師住所		電話番号		保険薬剤師登録番号	島薬
薬剤師		薬剤師住所		電話番号		保険薬剤師登録番号	島薬
薬剤師		薬剤師住所		電話番号		保険薬剤師登録番号	島薬
薬剤師		薬剤師住所		電話番号		保険薬剤師登録番号	島薬
薬剤師		薬剤師住所		電話番号		保険薬剤師登録番号	島薬
開局時間	: ~ :	定休日		薬局FAX		事務員数	名
業務内容							
(新規開設の場合は予定日 年 月 日)							

※ 開設者名は個人名、法人は代表者名

島根県薬剤師会確認書

No. _____

年 月 日 現在

(一社) 島根県薬剤師会

薬局名称		所在地		TEL	
薬局平面図			周辺の見取り図（近隣の医療機関及び薬局を記入）		

※薬局平面図、周辺の見取り図は建築図面や近隣地図を複写して貼付してもよい。