

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	
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	
薬 剤 師		薬剤師住所		電 話 番 号		保険薬剤師登録番号	
薬 剤 師		薬剤師住所		電 話 番 号		保険薬剤師登録番号	
薬 剤 師		薬剤師住所		電 話 番 号		保険薬剤師登録番号	
薬 剤 師		薬剤師住所		電 話 番 号		保険薬剤師登録番号	
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		T E L	
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。