様式第７号（第７関係）

肝炎治療指定薬局申請書

元号と年月日を

記入してください

年　　月　　日

広島県知事様

所在地（法人であるときは，主たる事務所の所在地）

〒730－8511

広島県広島市中区基町10－52

電話番号（082）513－●●●●

開設者氏名（法人であるときは，名称及び代表者の氏名）

広島県庁株式会社　代表取締役　●●　●●

押印は不要になりました

保険薬局として登録している名称を記載してください

|  |  |
| --- | --- |
| １　名称 | 広島県庁薬局 |
| ２　医療機関等コード | ０００００００ |
| ３　開設の場所 | 〒730－8511  広島県広島市中区基町10－52  電話番号（082）513－●●●● |
| ４　保険薬局の指定  　　年月日 | 元号と年月日を記入してください  令和●年●月●日 |

※在宅自己注射が処方された患者に対する医薬品等の取扱い及び使用済みの注射針等の廃棄等については，患者に対し適切な指導を行い，又は自らも処理等を行うこと。