

取扱処方箋数届書

許可番号及び年月日	西保広 第 号 年 月 日
薬 局 の 名 称	
薬 局 の 所 在 地	
前年において業務を行 った期間及び日数	期間： 日数： 日
前 年 に お け る 総 取 扱 処 方 箋 数	枚
備 考	枚／日

上記により、取扱処方箋数の届出をします。

年 月 日

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
）

担当者名
電話番号
メールアドレス

広島県西部保健所長 様