

様式第七（第十七条関係）

取扱処方箋数届書

許可番号及び年月日	川保総収第5－ 年 月 日 号
薬局の名称	
薬局の所在地	川越市
前年において業務を行った 期間及び日数	年 月 日から 年 月 日 日
前年における総取扱処方箋数	枚
備考	

上記により、取扱処方箋数の届出をします。

令和 年 月 日

住所 $\left(\begin{array}{l} \text{法人にあっては、主} \\ \text{たる事務所の所在地} \end{array} \right)$

氏名 $\left(\begin{array}{l} \text{法人にあっては、名} \\ \text{称及び代表者の氏名} \end{array} \right)$

(あて先)
川越市保健所長

担当者
TEL :
FAX :