**様　式　１**

|  |  |
| --- | --- |
| **薬局機能情報報告書（定期報告用）** | |
| 許　　可　　番　　号 | （ 　 　 ）第　　　　 号 |
|  |  |

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第８条の２第１項の規定に基づき、別紙のとおり、医療を受ける者が薬局の選択を適切に行うために必要な情報（薬局機能情報）を報告します。

年 月 日

法人にあっては、主

たる事務所の所在地

住 所

法人にあっては、名

称及び代表者の氏名

氏 名

　　香川県知事　　　　　　　　　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先（TEL） | （ ） － |

（注意）

調査票１を添付すること。