特定生物由来製品使用記録に関する届書

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　　　　　　　　　）

このことについて、下記のとおり届けます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 廃止する薬局の名称及び所在地 |  |
| 特定生物由来製品使用記録の有無 | 　　有　　・　　無 |
| 使用記録有の場合、今後の保存方法（該当するものに○をつけてください。） | (1)相続等により業務を引継いだ薬局において保存する。薬局の名称（　　　　　　　　　　　　　　）薬局所在地（　　　　　　　　　　　　　　）連絡先　　（　　　　　　　　　　　　　　）(2) 同一経営者の他の薬局で保存する。薬局の名称（　　　　　　　　　　　　　　）薬局所在地（　　　　　　　　　　　　　　）連絡先　　（　　　　　　　　　　　　　　）(3)上記(1)(2)以外の者が保存する。　　氏　名（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　住　所（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　連絡先（　　　　　　　　　　　　　　）廃止薬局との関係（　　　　　　　　　　）(4)　県に提出する。　　　　下欄に記載をお願いします。 |

　　　　　県に提出する場合、下欄にも記載をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 県に提出する理由 | (1) 相続等により業務を引継ぐ薬局がないことから保存が困難(2)　同一経営者の他の薬局がないことから保存が困難(3)　その他　具体的に　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 提出書類の内容 | (1)　使用記録（　　　　　　）冊　　（　　　　　　）枚(2)　その他　具体的に　　　　　　　　　　　　　　　 |