

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]