

取扱処方箋数届書

許可番号及び年月日	号 年 月 日
薬局の名称	
薬局の所在地	〒 TEL
前年において業務を行った 期間及び日数	期間： 年 月 日 から 年 月 日 日数： 日間
前年における 総取扱処方せん数	
備 考	

上記により、取扱処方せん数の届出をします。

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）

TEL

尼崎市保健所長 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 前年における総取扱処方箋数欄には、前年において取り扱った眼科、耳鼻咽喉科及び歯科の処方箋の数にそれぞれ3分の2を乗じた数とその他の診療科の処方箋の数との合計数を記載すること。