

取扱処方せん数届書

許可番号及び年月日	第 号 平成 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	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日
前年における総取扱処方せん数	枚（1日当たり 枚） （※次の場合○： 眼科 ・ 耳鼻いんこう科 ・ 歯科）
備考	※（1）薬剤師の員数： 計 名 { 管理： 名 { その他： 名 { 常勤 名 { 非常勤 名 ※（2）店舗連絡先 TEL _____ FAX _____

上記により、取扱処方せん数の届出をします。

平成 年 月 日

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

〒

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

印

青森県知事

殿

（注意）

- 1 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 2 前年における総取扱処方せん数欄には、前年において取り扱った眼科、耳鼻いんこう科及び歯科処方せんの数にそれぞれ三分の二を乗じた数とその他の診療科の処方せんの数との合計数を記載すること。