

様式 1

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

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)

薬局機能情報について (報告)

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 (昭和 3 5 年法律第 1 4 5 号) 第 8 条の 2 第 1 項の規定に基づき、次のとおり報告します。

許 可 番 号 及 び 年 月 日	第 号 年 月 日
薬 局 の 名 称	
薬 局 の 所 在 地	
報 告 事 項	別添のとおり
備 考	

【文書作成責任者等の連絡先】

(住所)

(責任者または担当者名)

(連絡先) 電話番号：

メールアドレス：