被災に伴う薬局等の届出

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 業務の種別 | |  |
| 許可番号及び年月日 | |  |
| 薬局等 | 名　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 仮店舗の所在地 | |  |
| 仮店舗の構造設備の概要 | | 別紙のとおり |
| 届出の理由 | |  |
| 復旧に要する期間 | |  |
| 備　　　　　　　　　　　考 | |  |

上記により、仮店舗で業務を行う届出をします。

年　　　月　　　日

住　所

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

氏　名

都道府県知事

保健所設置市市長　　　　殿

特別区区長

（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、楷書ではつきりと書くこと。

３　当該薬局等と仮設店舗の位置関係がわかる配置図を添付すること。