

様式第1号

薬局機能情報届

薬局の名称		
薬局の所在地		
薬局開設許可番号及び年月日		
届出の種類	1 定期報告 2 随時報告（基本情報等・その他）	
変更する項目及び内容 （薬局機能情報の内容を示す別紙を添付する場合はその旨を記載）	項目	内容
とっとり医療情報ネット修正	<input type="checkbox"/> 修正済み	<input type="checkbox"/> 未修正
備考		

上記により薬局機能情報の届出をします。

年 月 日

住 所
〔法人にあつては、主たる
事務所の所在地〕
氏 名
〔法人にあつては、名称
及び代表者の氏名〕
連 絡 先
電 話 番 号
ファクシミリ番号

鳥取県知事

様

（中部・西部）総合事務所長