

薬 局

店舗販売業
卸売販売業
販売業 管理者兼務廃止届書
高度管理医療機器等
貸与業
再生医療等製品販売業

(元号) 〇〇年 〇〇月 〇〇日

福岡県知事 殿

住 所 〇〇〇市〇〇〇〇〇-〇〇〇〇〇
届出者

氏 名 筑紫 一郎

下記により、兼務をしなくなったので届出をします。

記

兼務を許可された業務	名 称	〇〇休日夜間調剤センター薬局
	所 在 地	福岡県■■■町■■■■■-■■■■■
	内 容	夜間・休日の調剤業務に輪番で従事する
許可番号及び年月日	●●●●第●●●●●号 (元号) ●●年●●月●●日	
廃止の年月日	(元号) 〇〇年 〇〇月 〇〇日	

注 届出しない箇所は二重線で消すこと。