様式３（廃止時報告）

薬局機能情報報告書（廃止時報告用）

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 |  |

薬局を　　　　年　　　月　　日に廃止しましたので報告します。

年　　月　　日

法人にあたっては主たる事務所の所在地

住所

　　　　　　　　氏名

法人にあたっては名称及び代表者の職・氏名

高知県知事　　　　　　　　様

連絡先電話番号（　　　　－　　　－　　　　）

【注意】

１）不要な文字は消すこと。

２）廃止後10日以内に報告すること。

３）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第10条に基づく廃止の届出については、別途届出が必要。