様式１（定期報告）

薬局機能情報報告書（定期報告用）

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

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８条の２第１項の規定に基づき、県民が薬局の選択を適切に行うために必要な薬局機能情報を報告します。

前回報告時点から変更した事項（該当の調査票を添付すること）

・変更前

・変更後

　　　　　年　　月　　日

法人にあたっては主たる事務所の所在地

住所

法人にあたっては名称及び代表者の職・氏名

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）毎年３月末日までにその前年の１２月３１日現在の状況を報告すること。

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条に基づく変更・休止・再開・廃止事項の届出については、別途届出が必要。

４）変更がない場合は、変更がない旨を記載すること。

５）該当の調査票を添付すること。