

取扱処方箋数届書

許 可 番 号 及 び 年 月 日	
薬 局 の 名 称	
薬 局 の 所 在 地	〒
前 年 に お い て 業 務 を 行 っ た 期 間 及 び 日 数	
前年における総取扱処方箋数	
備 考	担当者氏名： 電話：

上記により、取扱処方箋数の届出をします。

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)

新潟市保健所長 殿

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 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 前年における総取扱処方箋数欄には、前年において取り扱った眼科、耳鼻咽喉科及び歯科の処方箋の数にそれぞれ 3 分の 2 を乗じた数とその他の診療科の処方箋の数との合計数を記載すること。