

年 月 日

神奈川県健康医療局生活衛生部薬務課長 殿
神奈川県 保健福祉事務所長 殿

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)

薬局機能情報報告書

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の規定に基づき、調査票のとおり薬局機能情報を報告します。

薬局の名称	
薬局の所在地	

■ 回答者の連絡先 (この項目は公表しない情報です)

報告内容に関して、後日再確認させていただく場合がありますので、回答者の連絡先のご記入をお願いします。また、電子メールアドレスは、県からの機能情報報告についての案内を送信したり、パスワードの再発行申請を行った際の処理結果を送信したりするためのものです。

なお、ここで登録をした情報につきましては適切に管理し、上記の目的以外に使用することはありません。

電子メールアドレス	@
(フリガナ)	
担当者氏名	
部署・役職	
電話番号	— — (内線)
FAX番号	— —

※ 電子メールアドレスには県からの通知を受け取るためのアドレスを記入してください。ただし、携帯電話のメールアドレスは使用できません。また、個人の電子メールアドレスを記入しても構いません。

※ 横浜市、川崎市、相模原市、横須賀市、藤沢市、茅ヶ崎市及び寒川町内に所在する薬局においては薬務課に、その他の地域に所在する薬局にあつては該当する県保健福祉事務所に提出してください。