

ユーザ名確認依頼書

薬局機能情報提供制度に基づき、インターネットを利用して薬局機能情報を報告するためのユーザ名の確認を依頼します。

依頼日	年 月 日
-----	-------

■ 薬局の情報

開設者氏名 (法人にあつては名称 及び代表者氏名)	
施設の名称	
施設の所在地	〒
許可年月日	年 月 日
G-M I Sに登録した メールアドレス	@

■ 連絡先情報

連絡先担当者	
連絡先電話番号	— — (内線)
F A X番号	— —