

薬局機能情報定期報告書

年 月 日

宮城県知事 殿

住 所 （法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏 名 （法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

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項の規定により、下記のとおり報告します。

記

| | |
|-------------|---|
| 許可番号及び年月日 | 第 号 年 月 日 |
| 薬 局 の 名 称 | |
| 薬 局 の 所 在 地 | |
| 報 告 事 項 | <input type="checkbox"/> メールで電子データ送付済 日時： 年 月 日 時 メールアドレス： _____ @ _____ <input type="checkbox"/> 別添記録媒体のとおり <input type="checkbox"/> 別紙（様式3）のとおり |
| 備 考 | |

担当者 _____ 連絡先 (_____) _____