

様式第 1

調剤業務一部委託事業確認依頼書

許可番号及び年月日		
薬局の名称		
薬局の所在地		
(法人にあつては)薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名		
薬局の電話番号その他の連絡先		
委託	実施の有無	有 ・ 無
	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員の氏名)	
	受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
	受託先の薬局の名称	
	受託先の薬局の所在地	
	作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
受託	実施の有無	有 ・ 無
	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員の氏名)	
	委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
	委託先の薬局の名称	
	委託先の薬局の所在地	
	作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
備考		

上記により、調剤業務一部委託事業の確認を依頼します。

年 月 日

住所<sup>(法人にあつては、主たる事務所の所在地)</sup>

氏名<sup>(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)</sup>

(あて先) 一宮市保健所長

[連絡先] 担当者名 :  
電話番号 :

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 薬局の電話番号その他の連絡先欄には、電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。
- 4 委託における受託薬局数が2件以上の場合、受託薬局開設者の氏名（法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員の氏名）、受託薬局開設者の住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）、受託先の薬局の名称及び受託先の薬局の所在地欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙1に記載すること。
- 5 受託における委託薬局数が2件以上の場合、委託薬局開設者の氏名（法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員の氏名）、委託薬局開設者の住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）、委託先の薬局の名称及び委託先の薬局の所在地欄に「別紙のとおり」と記載し、別紙2に記載すること。
- 6 作業完了品の取扱いについて、契約等において定めた取扱いを薬局別に示すこと。

## 別紙 1

委 託	①	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役員 の 氏 名 )	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	②	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役員 の 氏 名 )	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	③	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役員 の 氏 名 )	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	④	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役員 の 氏 名 )	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 余白には、斜線を引くこと。

別紙 2

受 託	①	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員 の 氏 名 )	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	②	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員 の 氏 名 )	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	③	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員 の 氏 名 )	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	④	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員 の 氏 名 )	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 3 余白には、斜線を引くこと。