

様式第4

調剤業務一部委託事業廃止届書

| | |
|-------------|-------|
| 確認番号及び公表年月日 | |
| 薬局の名称 | |
| 薬局の所在地 | |
| 委託事業廃止年月日 | 年 月 日 |
| 備考 | |

上記により、調剤業務一部委託事業の廃止を届け出ます。

年 月 日

住所^(法人にあつては、主たる事業所の所在地)

氏名^(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

(あて先) 一宮市保健所長

[連絡先] 担当者名：
電話番号：

- 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。