

利用者 I D 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利用者 I D の確認を依頼します。

依 頼 日	年 月 日
-------	-------

■ 薬局の情報

施設の名称	
施設の所在地	〒
許可番号	
許可年月日	年 月 日
氏名 (法人にあつては名称 及び代表者氏名)	

■ 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	— —