

様式 1

## 薬局機能情報報告届

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薬局について別添のとおり報告します。

報告薬局の許可番号及び薬局の名称名

第 号, -----

年 月 日

住 所 (法人にあつては, 所在地)

氏 名 (法人にあつては, 名称及び代表者名)

鹿児島県知事

殿

※住所・氏名の欄は開設者が法人の場合は、その所在地、名称及び代表取締役名を記載してください  
(薬局の住所・氏名ではありません)。