（様式第１号）

年　　月　　日

栃木県知事　様

法人にあっては、主たる事務所の所在地

住所

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

氏名

薬局機能情報報告書

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項の規定に基づき、下記のとおり薬局に関する情報を報告します。

記

１．薬局開設許可番号（及び、新規報告にあっては、許可年月日）

２．薬局の名称及び所在地

３．報告の種類　　　　　　　定期報告 ・ 新規報告

４．報告内容　　　　　　　（書面・電磁的方法）のとおり

（注意）

※ 報告の種類は、いずれか該当するものに○をつけること。