

整理番号

施設基準の届出状況等の報告について

令和 年 月 日

所在地

名称

開 設 者 名

保険薬局コード

報告担当者所属課所名

報告担当者名 ()

電話 番 号 () -

ファクシミリ番号 () -

東北厚生局長 様