

埼玉県薬剤師会 業務第二課行き  
FAX : 048-825-0700

在宅医療支援薬局  登録  変更  辞退 届

【記入について】

- \* 該当する届出に✓を入れてください。
- \* 登録または辞退する場合は、**I** の枠内にご記入ください。
- \* 掲載情報に変更がある場合は、**II** の枠内にご記入ください。また、「旧」の欄には変更する項目のみを、「新」の欄にはすべての項目を記入してください。

記入者氏名 \_\_\_\_\_

**I** 登録または辞退する場合

薬局名	
住所	
電話番号	

**II** 変更がある場合

項目	新	旧
薬局名		
住所		
電話番号		