

様式 1

台 帳 収 載 申 請 書

申請品目	名 称	
	承認年月日	
	承認番号	
備 考		

滋賀県配置家庭薬品目収載台帳収載事務取扱要領第 2 条により、上記のとおり台帳収載を申請します。

年 月 日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては、名称および代表者の氏名)

(あて先)

滋賀県健康医療福祉部薬務課長 様

担当者名

連絡先 TEL

FAX