

取扱処方箋数届書

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| 許可番号及び年月日              |                        |
| 薬局の名称                  |                        |
| 薬局の所在地                 |                        |
| 前年において<br>業務を行った期間及び日数 | 年 月 日～ 年 月 日<br>(日数 日) |
| 前年における<br>総取扱処方箋数※     |                        |
| 備 考                    |                        |

上記により、取扱処方箋数の届出をします。

年 月 日

住 所  
法人にあっては、  
( 主たる事務所の所在地 )

氏 名  
法人にあっては、  
( 名称及び代表者の氏名 )

山口県知事 殿

※眼科、耳鼻咽喉科及び歯科の処方箋数は、3分の2を乗じた数とすること。