

薬局等外薬事従事廃止届書

〇〇年〇〇月〇〇日

長崎県知事 様

届出者 住所 ××市××町×××

氏名 ●● ●●

申請者個人の住所を記載してください。

下記により兼務をしなくなったので、許可証添付のうえ届出をします。

兼務を許可 された業務	名称	〇〇市立▲▲小学校
	所在地	〇〇市▲▲町▲▲▲
	内容	学校薬剤師の業務
許可番号及び年月日	第〇〇〇〇〇号	〇〇年〇〇月〇〇日
廃止年月日		〇〇年 〇〇月 〇〇日