

院内薬局は様式P4をご利用下さい

# 保険薬局様向け様式

## リタリン登録薬局 変更・削除申請書(様式-P3)

記入現在の日付をお書き下さい

該当項目に○印をつける	変更・追加・削除申請書	2011 年 7 月 20 日
	変更・削除の別	変更 ・ <b>削除</b>
	登録番号	<b>A00-88888</b>
	(フリガナ) 登録薬局名	( <b>ミナト</b> <b>チョウザイヤッキョク</b> ) <b>港調剤薬局</b>
	(フリガナ) 管理薬剤師氏名	( <b>ニシ</b> <b>アサミ</b> ) <b>西 麻美</b>
	(フリガナ) 薬局開設者氏名	( <b>ミナト</b> <b>タロウ</b> ) <b>港 太郎</b>
	(フリガナ) 住所	〒111-1111 ( <b>トウキョウト</b> <b>ミナトク</b> □□□ <b>マチ</b> ) <b>東京都港区</b> □□ <b>町</b> △-△-△
	電話番号	03-1111-1111
	F A X	03-1111-1112
	e-mail アドレス	<b>kusuri@minato.xx.jp</b>
	管理薬剤師の 薬剤師名簿登録番号	<b>9 9 9 9 9 9</b>

### リタリン流通管理委員会 殿

8 月 31 日閉局

上記のとおり、登録事項の変更または削除の申請いたします。

本申請にあたり、私は、リタリンの登録薬局の申請にあたり誓約した事項に加えて、以下のことを誓約いたし

事前申請の場合ただし書きを  
余白にお書きください。

#### 1.の制約事項をご確認下さい。

1. 上記記載の情報が真実且つ正確であること

また、私は、本申請  
提供されることに同

薬局開設者、管理薬剤師、お二方の同意につきまして、  
署名または記名・捺印と、日付の記入をお願いします。  
(記名はスタンプ等でも可)

患者へ

2011 年 7 月 20 日

薬局開設者氏名 :

**港 太郎**



2011 年 7 月 20 日

管理薬剤師氏名 :

**西 麻美**



記入もれのないようご注意ください