

# 証明願

年 月 日

(宛先) 松山市保健所長

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、名称及び代表者の氏名)

印

連絡先 (電話番号等)

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第10条第2項の規定に基づく薬局に関する届出に関し、次の事項について証明願います。

|            |                               |
|------------|-------------------------------|
| 証明願出事項     | 「健康サポート薬局」の表示に係る届出を行っていることの証明 |
| 薬局開設者      | 上記の者に同じ                       |
| 薬局の名称      |                               |
| 薬局の所在地     |                               |
| 証明を必要とする理由 |                               |
| 備考         |                               |

【処理欄】 ※下の欄には記入しないでください。

「健康サポート薬局」の表示に係る届書の受付年月日

(証明願の管理番号 )

|    |    |        |    |
|----|----|--------|----|
| 公印 | 課長 | 執行グループ | 担当 |
|    |    |        |    |

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。
  - 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
  - 3 申請者氏名については、記名押印又は署名の何れかとすること。