第2号様式(第4条関係)

薬局等管理者兼務廃止届

|  |
| --- |
| 年　　月　　日　　(宛先)茅ヶ崎市保健所長住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　薬局等の管理者の兼務を廃止したので、次のとおり届け出ます。 |
| 兼務を廃止した機関等 | 名称 | 　 |
| 所在地 | 　 |
| 兼務を廃止した年月日 | 年　　　月　　　日 |

備考　薬局等管理者兼務許可書を添付してください。