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。