様式第2号(第2条関係)

養育医療機関指定申請書(薬局用)

　　年　　月　　日

　　福井県知事　　　　様

薬局の開設者

住所

氏名(名称)

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局 | 名称 |
| 所在地 |
| 薬剤師 | 氏名 |
| (略歴は別添のとおり) |
| 調剤のため必要な設備および施設の概要 | 　 |
| 調剤に必要な施設等の概要平面図 |