様式３

廃止届

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 |  |
| 廃止理由 |  |
| 備考 |  |

上記により浜松市認定在宅医療・介護対応薬局の廃止をします。

　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　（あて先）浜松市長　殿

提出先:一般社団法人浜松市薬剤師会　事務局

（注意）認定証を添付のこと