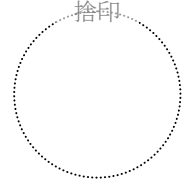


別紙2

捨印



特 定 販 売 届 書

業 務 の 種 類	薬局
許 可 番 号 及 び 年 月 日	
薬 局 の 名 称	
薬 局 の 所 在 地	
1. 特 定 販 売 の み を 行 う 営 業 時 間 の 有 無	有 ・ 無
(1において有の場合) 特 定 販 売 の み を 行 う 営 業 時 間	
(1において有の場合) 適 切 な 監 督 に 必 要 な 設 備 の 概 要	
2. 特 定 販 売 の 廣 告 に 薬 局 又 は 店 舗 の 正 式 名 称 と 異 な る 名 称 の 有 無	有 ・ 無
(2において有の場合) 正 式 名 称 と 異 な る 名 称	
備 考	

上記により、特定販売の届出をします。

平 成 年 月 日

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)

㊟

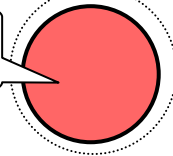
山口県知事

殿

別紙 2

差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



記載例

特 定 販 売 届 書

業 務 の 種 類	薬局
許 可 番 号 及 び 年 月 日	9910●●●● 平成〇〇年〇月〇日
薬 局 の 名 称	県庁薬局
薬 局 の 所 在 地	山口市滝町1番1号
1. 特 定 販 売 の み を 行 う 営 業 時 間 の 有 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
(1において有の場合) 特 定 販 売 の み を 行 う 営 業 時 間	月～水・金 20:00～24:00
(1において有の場合) 適 切 な 監 督 に 必 要 な 設 備 の 概 要	デジタルカメラで撮った写真をメールする
2. 特 定 販 売 の 廣 告 に 薬 局 又 は 店 舗 の 正 式 名 称 と 異 な る 名 称 の 有 無	有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/>
(2において有の場合) 正 式 名 称 と 異 な る 名 称	けんちょう薬局
備 考	正式名称と異なる場合に記載すること。

許可証に記載された「許可番号」「有効期間の開始年月日」を記載すること。

該当するものに○をすること。

薬局又は店舗において設置している必要な設備について、その仕様及び外観等が分かる資料を添付すること。

該当するものに○をすること。

上記により、特定販売の届出をします。

平 成 〇 〇 年 〇 月 〇 日

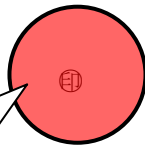
提出年月日を記載すること。

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

山 口 県 滝 町 1 番 1 号

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

**株 式 会 社 県 庁
代 表 取 締 役 薬 事 太 郎**



法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。

山 口 県 知 事

殿