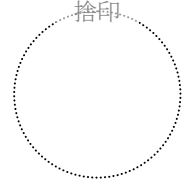


別紙2

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)



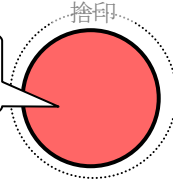
山口県知事

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. 特定販売の広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	

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。

正式名称と異なる場合に記載すること。

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

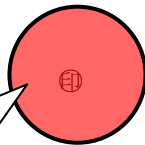
提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

山口市滝町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