

様式第 1

調 剤 業 務 一 部 委 託 事 業 確 認 依 頼 書

許 可 番 号 及 び 年 月 日		
薬 局 の 名 称		
薬 局 の 所 在 地		
(法人にあっては)薬事に関する 業務に責任を有する役員の氏名		
薬局の電話番号その他の連絡先		
委 託	実 施 の 有 無	有 ・ 無
	受託薬局開設者の氏名（法人 にあっては、名称並びに代表 者及び責任役員の氏名）	
	受託薬局開設者の住所 （法人にあっては、主 たる事務所の所在地）	
	受託先の薬局の名称	
	受託先の薬局の所在地	
	作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
受 託	実 施 の 有 無	有 ・ 無
	委託薬局開設者の氏名（法人 にあっては、名称並びに代表 者及び責任役員の氏名）	
	委託薬局開設者の住所 （法人にあっては、主 たる事務所の所在地）	
	委託先の薬局の名称	
	委託先の薬局の所在地	
	作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
備 考		

上記により、調剤業務一部委託事業の確認を依頼します。

年 月 日

住 所 (法人にあっては、主
たる事業所の所在地)

氏 名 (法人にあっては名称
及び代表者の氏名)

大阪市長

〔連絡先〕 担当者名 :
電話番号 :

別紙 1

委 託	①	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役 員 の 氏 名)	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	②	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役 員 の 氏 名)	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	③	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役 員 の 氏 名)	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	④	受託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役 員 の 氏 名)	
		受託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		受託先の薬局の名称	
		受託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送

別紙 2

受 託	①	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役 員 の 氏 名)	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	②	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役 員 の 氏 名)	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	③	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役 員 の 氏 名)	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送
	④	委託薬局開設者の氏名 (法人にあつては、名称 並びに代表者及び責任 役 員 の 氏 名)	
		委託薬局開設者の住所 (法人にあつては、主 たる事務所の所在地)	
		委託先の薬局の名称	
		委託先の薬局の所在地	
		作業完了品の取扱い	委託薬局に返送 ・ 患者宅等に直送