様式第４

調剤業務一部委託事業廃止届書

|  |  |
| --- | --- |
| 確認番号及び公表年月日 |  |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 |  |
| 委託事業廃止年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 備考 |  |

　上記により、調剤業務一部委託事業の廃止を届け出ます。

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： |