

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^(法人にあつては、主たる事業所の所在地)

氏 名^(法人にあつ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：