

調剤業務一部委託事業確認依頼書

許可番号及び年月日		名局第 号	年 月 日
薬局の名称			
薬局の所在地			
（法人にあつては） 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（法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員の氏名）		
	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（法人にあつては、名称並びに代表者及び責任役員の氏名）		
	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		担当者名（ ）連絡先（ ） —	

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）

名古屋市長 殿

## 実施要領様式第1（裏）

### （注意）

- 1 許可年月日は、薬局開設許可証に記載されている有効期間の開始年月日を記入してください。
- 2 用紙の大きさは、A4とすること。
- 3 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。
- 4 薬局の電話番号その他の連絡先欄には、電話番号を記載し、必要に応じてメールアドレス等も記載すること。
- 5 委託における受託薬局数が2件以上の場合、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及び受託先の薬局の所在地欄に「別紙1のとおり」と記載し、別紙1を作成・添付すること。
- 6 受託における委託薬局数が2件以上の場合、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及び委託先の薬局の所在地欄に「別紙2のとおり」と記載し、別紙2を作成・添付すること。
- 7 作業完了品の取扱いについて、契約等において定めた取扱いを薬局別に示すこと。

### （添付書類）

- 1 委託薬局としての手順書若しくは受託薬局としての手順書又はその両方
- 2 対象業務の委託若しくは受託に係る契約書又はこれに準ずる書面の写し
- 3 対象業務を行うための機器等の配置図
- 4 対象業務を行うための機器等の性能等がわかる資料