

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	指令 第 号	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	電話（薬局）（ ） — 担当者名（ ） 連絡先（ ） —	

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4（裏）

（注意）

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきりと書くこと。