

保険薬局 基本情報提供書

項目	
薬局名	
薬局名フリガナ	
代表者名（開設者）	
代表者名フリガナ	
実務担当者名（管理薬剤師）	
実務担当者名フリガナ	
郵便番号	
住所	
電話番号	
FAX 番号	
e-mail アドレス	
営業日	
営業時間	

※薬局店舗ごとに提出をお願いします。

提供いただいた個人情報本プロトコルの円滑な運用のために利用いたします。

目的以外の利用は行いません。

個人情報の取り扱いには十分な注意を払い、いかなる場合も第三者に提供いたしません。

(記載例) 保険薬局 基本情報提供書

項目	
薬局名	光が丘調剤薬局
薬局名フリガナ	ヒカリガオカチョウザイヤッキョク
代表者名（開設者）	医大 太郎
代表者名フリガナ	イダイ タロウ
実務担当者名（管理薬剤師）	医大 花子
実務担当者名フリガナ	イダイ ハナコ
郵便番号	960-1 ●●●
住所	福島県福島市光が丘●●番地
電話番号	024-547-●●●●
FAX 番号	024-547-●●△△
e-mail アドレス	e-mail ; あれば記載をお願いします
営業日	月曜～金曜終日、土曜日は午前中のみ
営業時間	

※薬局店舗ごとに提出をお願いします。

提供いただいた個人情報本プロトコルの円滑な運用のために利用いたします。

目的以外の利用は行いません。

個人情報の取り扱いには十分な注意を払い、いかなる場合も第三者に提供いたしません。