**様式第七**（第十七条関係）

取扱処方箋数届書

|  |  |
| --- | --- |
| 許可番号及び年月日 | 第A　　　 　　号年　　月　　日 |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 | 〒　　　－仙台市　　　　　区　　　　　　　　　　　　TEL （ ）　　　　　　FAX　　（　　　） |
| 前年において業務を行つた期間及び日数 | 　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　日 |
| 前年における総取扱処方箋数 | 　　　　　　　　　　　　　　　枚 |
| 備考 |  |

上記により、取扱処方箋数の届出をします。

　　　　　年　　　月　　　日

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　住所

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

（あて先）仙台市保健所長

TEL ( )

連絡（担当）者名 　　　　　　　　　　　　連絡先 TEL

（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、楷書ではつきりと書くこと。

３　前年における総取扱処方箋数欄には、前年において取り扱つた眼科、耳鼻咽喉科及び歯科の処方箋の数に

それぞれ３分の２を乗じた数とその他の診療科の処方箋の数との合計数を記載すること。