

(様式 5)

兼 務 廃 止 届 書

許 可 番 号 及 び 許 可 年 月 日		
管 理 薬 剤 師	氏 名	
	住 所	
兼 務 す る 薬 局 等	名 称	
	所 在 地	
廃 止 年 月 日		
備 考		

上記により、兼務の廃止を届け出ます。

年 月 日

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 印

山梨県知事

殿