（様式第１号）

薬局機能情報報告書

　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

長野県知事　様

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）

　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第８条の２第１項の規定により、別添調査票（薬局）のとおり報告します。