

(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)

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。