

様式3

廃止届

| | |
|--------|--|
| 薬局の名称 | |
| 薬局の所在地 | |
| 廃止理由 | |
| 備考 | |

上記により浜松市認定在宅医療・介護対応薬局の廃止をします。

年 月 日

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）

（あて先）浜松市長 殿

提出先：一般社団法人浜松市薬剤師会 事務局

（注意）認定証を添付のこと