所属の地域薬剤師会へご提出ください。

**広島県薬剤師会薬局情報の掲載辞退届**

提出日：令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　薬剤師会　宛

提出者氏名：

　都合により、令和　　年　　月　　日をもって、リストへの掲載を

辞退します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）薬局名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 開設者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 辞退理由  （どちらかに〇） | 薬局の廃止による辞退  その他の理由による辞退 |