

臨時休業届出書

提出日 年 月 日

薬局名 () 担当者氏名 印

TEL ()

月	日	曜日	状況:○をつける		営業時間記入
			全日休業	部分営業時間	～
			全日休業	部分営業時間	～
			全日休業	部分営業時間	～
			全日休業	部分営業時間	～
			全日休業	部分営業時間	～
			全日休業	部分営業時間	～
			全日休業	部分営業時間	～

送信はFAXでお願いします。

送信先:(一社)豊橋市薬剤師会 事務局

FAX:0532(47)5298 (24時間対応)

TEL:0532(47)0830 (9時半～17時)

変更届出書

提出日 年 月 日

薬局名 () 担当者氏名 印

TEL ()

変更前	変更後

送信はFAXでお願いします。

送信先:(一社)豊橋市薬剤師会 事務局

FAX:0532(47)5298 (24時間対応)

TEL:0532(47)0830 (9時半～17時)