

薬局機能リスト掲載依頼書

薬局名	
担当責任者氏名	
担当者連絡先	TEL : mail :
薬局住所	
銀行振込時の名称	
振込日	

- 事務手数料は新規申請または更新（編集）1件当たり 10,000 円になります。
なお、当地域薬剤師会はインボイス非対応となります。

振込口座銀行：埼玉縣信用金庫伊奈支店
普通口座：1144826
名義人：一社）上尾伊奈地域薬剤師会
依頼人：社名カナ（例：アゲオイナヤッキョク）

- 必要事項を記入した書類に銀行振込書コピーを添えて、地域薬剤師会事務室に持参又は郵送してください。（事前振り込み）
不在の時、保健センター入口にある地域薬剤師会のポストへお願いします。

地域薬剤師会事務室
埼玉県上尾市春日 2-10-33（上尾西保健センター内）

- 理事会での審査後に掲載不可となった場合は、上記の掲載手数料は返金となります。
その際の金融機関振込手数料は、申請者様でのご負担となります。
- 地域薬剤師会は受領した書類内容を理事会において承認審議し、その結果報告書及び提出された書類に確認印を押印し返送致します。
- リスト掲載内容の入力について
審議結果報告書の結果を確認後、ホームページの入力フォームからご入力ください。
ご入力頂いた情報は、基本的に毎月 15 日締めとし、翌月までに掲載となる予定です。

審議結果報告書

_____様

審議の結果を下記の通りご報告いたします。

- ・承認 （リスト掲載内容をご入力ください）
- ・否認 （理由： _____）

年 月 日 一般社団法人 上尾伊奈地域薬剤師会