

薬局機能リスト掲載依頼書（新規・更新）

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、承認の可否を記載した審議結果報告書を返送いたします。
- 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