

(様式5)

兼務廃止届書

許可番号及び 許可年月日		
管理 薬剤師	氏名	
	住所	
兼務す る薬局 等	名称	
	所在地	
廃止年月日		
備考		

上記により、兼務の廃止を届け出ます。

年 月 日

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名) 印

山梨県知事

殿