**千葉県薬局等許可審査基準及び指導基準(改正案)に係る意見**

令和　　年　　月　　日

千葉県健康福祉部薬務課審査指導班　宛て

〒260-8667（住所省略可）　千葉市中央区市場町１－１

FAX：043-227-5393　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：kusuri7@mz.pref.chiba.lg.jp

　※郵便、FAX、電子メールのいずれかで送付してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出者 | 住　所 | 〒 | | |
| 氏　名※ |  | 電話番号 |  |
| 電子メールアドレス |  | | |

※法人にあっては、名称及び代表者氏名

千葉県薬局等許可審査基準及び指導基準（改正案）に関し、以下のとおり意見を提出します。（別紙に記載する場合は「別紙に記載」としてください。）

|  |
| --- |
| 意見の内容 |
|  |