

別記様式第2号（第5条関係）

年 月 日

栃木県保健福祉部長 様

薬局開設者 印

「年末・年始発熱患者受入保険薬局」の指定解除申出書

標記について、下記のとおり申し出ます。

記

1 薬 局 名

2 所 在 地

3 指定解除予定日 年 月 日

4 指定解除を申し出る理由

5 その他