様式第３

ＩＤ，パスワードの交付申請書

次の薬局の薬局機能情報報告を行うために必要なＩＤ，パスワードの交付を申請します。

薬局の名称	
薬局開設の場所	

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）

徳島県知事　　殿