

令和 年 月 日

一般社団法人熊本市薬剤師会 くまもと西部薬局無菌調剤室 共同利用承認申請書

一般社団法人熊本市薬剤師会 会長殿

くまもと西部薬局無菌調剤室の共同利用について承認を受けたいので、下記のとおり申請いたします。

また、共同利用に関する契約書・指針を提出し、要綱・マニュアル・内規等を遵守いたします。

※太枠内に必要事項をご記入願います

申請薬局名			
開設者名			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
管理薬剤師名			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
利用者（修了者）名 ※利用者が複数の場合は備考欄に記入すること			<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員
備考			

※契約の期間は契約締結の日からその年度の3月31日までです。契約期間満了の1箇月前までに意思表示をしない時は、更に1年間契約を自動的に更新し、以後も同様とします。

※修了者不在等の理由により契約解除となった場合、再び共同利用を希望する時は再申請が必要となります。

※事務局使用欄

伺い：本書により手続きしてよろしいか					
会長	副会長		総務・財務委員	事務局長	承認日
			委員長		令和 年 月 日

送信先：一般社団法人熊本市薬剤師会 事務局

FAX：096-362-0035

E-mail：info@kumamotoshiyaku.or.jp