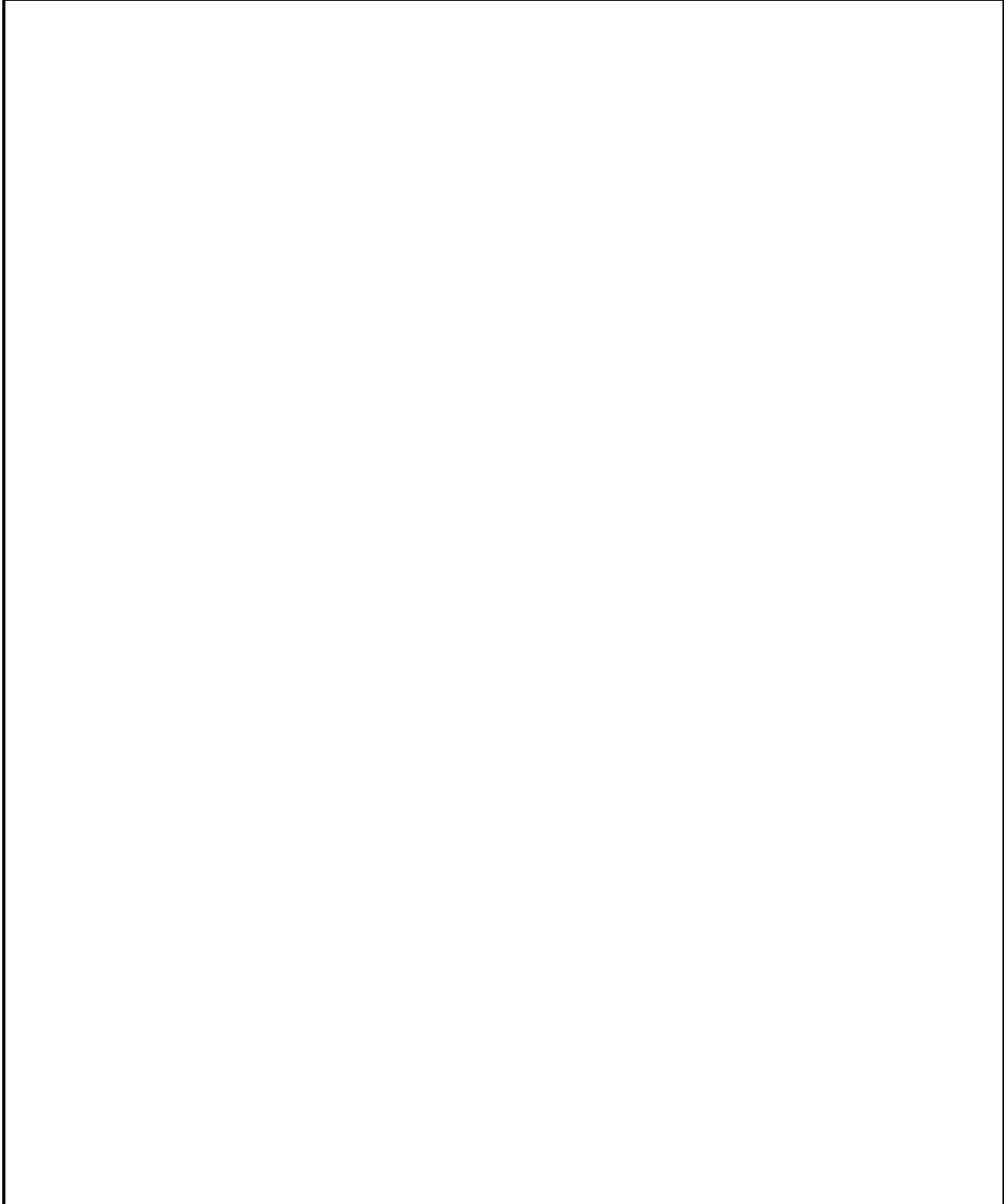


薬 局 の 平 面 図



[薬局の付帯設備の有無について]

無菌調剤に関する設備 ( 無 ・ 有 )

放射性医薬品取り扱い設備 ( 無 ・ 有 )

(有る場合は、その種類及び取扱いに必要な設備の概要を添付)

薬局の 名 称		申請者 の氏名		薬局の 所在地	
------------	--	------------	--	------------	--