様式第五の四(二)(第十条の四関係)
認定番号

専門医療機関連携薬局認定証

氏名(法人にあつては、名称)
薬局の名称
薬局の所在地

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第6条の3第1項の規定により専門医療機関連携薬局の認定を受けた薬局であることを証明する。

年　　月　　日

都道府県知事　　印

専門医療機関連携薬局に係る傷病の区分
有効期間　　年　　月　　日から
　　年　　月　　日まで