様式第二(第二条関係)
許可番号

# 薬 局 開 設 許 可 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4条第1項の規定により開設の許可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
保健所設置市市長　　印
特別区区長

有効期間　　年　　月　　日から
　　年　　月　　日まで