

許可番号 第 ***** 号

薬局開設許可証

氏 名 株式会社〇〇
(法人にあつては名称)

薬 局 の 名 称 〇〇薬局

薬 局 の 所 在 地 東京都〇〇

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。

~~令和*年*月*日~~

東京都知事

有効期間の開始日を
記載してください。

有効期間

令和 *年 *月 *日

から

令和 *年 *月 *日

まで