

認定番号 第 ***** 号

地域連携薬局認定証

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6条の2第1項の規定により地域連携薬局
の認定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

有効期間の終わりの日
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