〇施設情報（**名称**及び**所在地**はホームページで**公表**します）

|  |  |
| --- | --- |
| 施　設　名　称 |  |
| 所　　在　　地 | 〒 |
| 電　話　番　号 |  |
| 担　当　者　氏　名 |  |

〇申込者情報（非公表）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名もしくは法人名（法人の場合は　　　　代表者氏名） | （代表者氏名　　　　　　　　　　　　　） |
| 所　　在　　地 | 〒 |
| 電　話　番　号 |  |

〇連絡先として登録可能なメールアドレスをご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| メールアドレス |  |



《問合せ・応募先》

宇都宮市保健所総務課薬事グループ

〒321-0973　　宇都宮市竹林町972番地

TEL　028-626-1104　FAX　028-627-9244

メール　u19070400@city.utsunomiya.tochigi.jp