

【別添】

記入日： 年 月 日

_____保健所衛生課医薬務係 宛

下記のとおり、提出します。

施設の連絡先

施設名称	
施設所在地	
連絡先 FAX 番号	
担当者氏名	
担当者連絡先	

(FAX 番号) 施設所在地の区に送信してください。

東保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-645-1114

博多保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-441-0057

中央保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-761-8280

南保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-559-5159

城南保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-822-5844

早良保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-822-5733

西保健所衛生課（医薬務係） Fax：092-891-9894