

**別紙**

回答日 令和6年 月 日

保険薬局名称 (市町村名)

ご回答担当者 電話番号

**令和6年お盆期間の営業・休業調査票**

| 月/日(曜日)    | ○をつけてください |    | 営業時間 |   |   |   |   |
|------------|-----------|----|------|---|---|---|---|
| 8月10日(土)   | 営業        | 休業 | 時    | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 8月11日(日・祝) | 営業        | 休業 | 時    | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 8月12日(月)   | 営業        | 休業 | 時    | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 8月13日(火)   | 営業        | 休業 | 時    | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 8月14日(水)   | 営業        | 休業 | 時    | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 8月15日(木)   | 営業        | 休業 | 時    | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 8月16日(金)   | 営業        | 休業 | 時    | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 8月17日(土)   | 営業        | 休業 | 時    | 分 | ～ | 時 | 分 |
| 8月18日(日)   | 営業        | 休業 | 時    | 分 | ～ | 時 | 分 |

備考 (上記期間の前後する日を休業等する場合、通常の営業時間と異なる場合は必ずこの欄にご記入ください)

※回答期限 . . . . . 7月22日(月)  
※回答先 F A X . . . . . 019-622-7182