

変 更 届 書

業 務 の 種 別		薬局、店舗販売業、高度管理医療機器等販売業 など	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日			
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称		
	所 在 地		
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		令和 ○○ 年 △ 月 □ 日 変更の事実が発生した日を記入してください。	
備 考	<p>[申請者の欠格条項] 変更後の役員は、法第5条第3号()から()までに掲げる者に <input type="checkbox"/>該当しない <input type="checkbox"/>該当する</p> <p>[添付書類の省略] <input type="checkbox"/>登記事項証明書 <input type="checkbox"/>雇用(使用)関係証明書 <input type="checkbox"/>その他()</p>		

上記により、変更の届出をします。

令和 年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

TEL 個人の場合は現住所、個人名を記載し
 FAX てください。法人の場合は登記されたたる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名を記載してください。

和歌山市保健所長 様