

変 更 届 書

業 務 の 種 別			
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
	販売・授与する医薬品の区分 (要指導医薬品)	/	要指導医薬品を取り扱う
	通常の営業日及び営業時間 主要な構造設備	/	<input type="checkbox"/> 第1類医薬品販売時間と同じ <input type="checkbox"/> 第1類医薬品陳列設備と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 (別紙添付)
変 更 年 月 日		令 和 年 月 日	
備 考			

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

FAX

和歌山市保健所長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、薬局、店舗販売業の別を記載すること。