

変 更 届 書

業 務 の 種 別	薬局	有効期間の開始日を、許可証のとおり記入	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	第〇〇〇〇号 令和××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	〇〇薬局 ××店	
	所 在 地	和歌山市〇〇×丁目△番□号	
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)	/	
	通常の営業日及び営業時間 主要な構造設備	令和〇〇年〇月〇日許可申請書のとおり	<input checked="" type="checkbox"/> 第1類医薬品販売時間と同じ <input checked="" 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	変更の事実が発生した日を記入してください。		

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)

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

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