

変 更 届 書

業 務 の 種 別		薬局	
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
	健康サポート薬局で有る旨の表示の有無	無	有
変 更 年 月 日		令和 △△年 △△月 △△日	
備 考			

有効期間の開始日を、許可証のとおり記入

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