様式２

変更届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 薬局 | | 名称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 変更  内容 | 事項 | | 変更前 | 変更後 |
|  | |  |  |
| 変更年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 備考 | | |  | |

　上記により、浜松市認定在宅医療・介護対応薬局の申請事項の変更を届出します。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　(あて先)　浜松市長　殿

提出先：一般社団法人浜松市薬剤師会　事務局

（注意）

変更事項には、変更内容（薬局名、開設者、指定の研修を受けた薬剤師、所在地、連絡先、　　　　　薬剤師名）を記載