

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第六

変更届書

薬局、店舗販売業、卸売販売業等の種別

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------|--|--|
| 業 務 の 種 別 | 薬局 | | |
| 許 可 番 号 及 び 年 月 日 | 第 1-000 号 令和00年00月00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 | かもえ薬局 | |
| | 所 在 地 | 浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号 | |
| 変 更 内 容 | 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 |
| | 管理薬剤師の氏名、住所及び週当り勤務時間数 | 氏名：鴨江花子 住所：浜松市中区鴨江一丁目 1 番 1 号 勤務時間：40 時間/週 | 氏名：元城花子 住所：浜松市中区元城町 103 番地の 1 勤務時間：40 時間/週 |
| 変 更 年 月 日 | 令和00年00月00日 | | |
| 備 考 | | | |

現在の許可の有効期間の開始日を記入する

上記により、変更の届出をします。

令和00年00月00日

変更後 30 日以内に提出する
※変更前の提出は不可
※30 日過ぎてしまったら遅延理由書が必要

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区元城町 103 番地の 1

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社鴨江商事
代表取締役 保健次郎

（あて先）浜松市保健所長
【添付書類】なし

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第六

変更届書

薬局、店舗販売業、卸売販売業等の種別

| | | | |
|---------------------------------|-------------------------|--|--|
| 業 務 の 種 別 | 薬局 | | |
| 許 可 番 号 及 び 年 月 日 | 第 1-000 号 令和00年00月00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 | かもえ薬局 | |
| | 所 在 地 | 浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号 | |
| 変 更 内 容 | 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 |
| | その他の薬剤師の氏名、住所及び週当り勤務時間数 | 氏名：鴨江花子 住所：浜松市中区鴨江一丁目 1 番 1 号 勤務時間：40 時間/週 | 氏名：元城花子 住所：浜松市中区元城町 103 番地の 1 勤務時間：32 時間/週 |
| 変 更 年 月 日 | 令和00年00月00日 | | |
| 備 考 | | | |

現在の許可の有効期間の開始日を記入する

上記により、変更の届出をします。

令和00年00月00日

変更後 30 日以内に提出する
※変更前の提出は不可
※30 日過ぎてしまったら遅延理由書が必要

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区元城町 103 番地の 1

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社鴨江商事
代表取締役 保健次郎

（あて先）浜松市保健所長
【添付書類】なし