

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

| | | | |
|---|-----------------|------------------|---------------|
| 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 1-0000 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00番00号 | |
| 変 更 内 容 | 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 |
| | 相談時、緊急時 の連絡先 | 053-0000-△△△△ | 053-0000-0000 |
| 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

変更前に提出する
※変更後の提出は、
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00番地の0

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