

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、認定番号又は登録番号 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00区000丁目00番00号	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	構造設備の 主要部分	別紙のとおり	別紙のとおり
変 更 年 月 日		令和00年00月00日	
備 考		(店舗が移転した場合は変更届ではなく、旧店舗 の廃止及び新店舗の新規許可取得が必要)	

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（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

浜松市00区000丁目00番00号

氏名（法人にあっては、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】 1.変更前の図面 2.変更後の図面