

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00区000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（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

浜松市00区00町00番地の0

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】なし