

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 1-〇〇〇 号	令和〇〇年〇〇月〇〇日
薬局、主たる機能名 を有する事務所、 製造所、店舗、営 業所又は事業所	称	かもえ薬局	
	所在地	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	
変更内容	事項	変更前	変更後
	相談時、緊急時 の連絡先	053-〇〇〇-△△△△	053-〇〇〇-〇〇〇〇
変更年月日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
備考			

上記により、変更の届出をします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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）

浜松市〇〇区〇〇町〇〇番地の〇

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