

変 更 届 書

業 務 の 種 別		薬局製剤製造業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日			
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		
	所 在 地		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		令和 ○○ 年 △ 月 □ 日 変更の事実が発生した日を記入してください。	
備 考			

上記により、変更の届出をします。

令和 年 月 日

住 所) (
（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏 名) (
（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

TEL 個人の場合は現住所、個人名を記載し
 FAX てください。法人の場合は登記された主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名を記載してください。

和歌山市保健所長 様