

変 更 届 書

業 務 の 種 別			
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
	健康サポート薬局である旨の表示の有無		
変 更 年 月 日		令和 年 月 日	
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

FAX

和歌山市保健所長 様

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、薬局と記載すること。