様式１９

管理薬剤師代行者変更届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業　務　の　種　別 | | 卸　売　販　売　業 | |
| 許可番号及び年月日 | | 第　　　　　　号　　　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 営 業 所 | 名 　称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 事　　 項 | | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|  | |  |  |
| 変更年月日 | |  | |
| 備考 | | （サンプル卸・体外診断用医薬品卸・その他） | |

　上記により管理薬剤師代行者の変更の届出をします。

　年　 月　 日

　　　　　　　　　　　　　〒

法人にあっては、主

たる事務所の所在地

住所

氏名

法人にあっては、名

称及び代表者の氏名

鹿児島県知事　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　）　　　　－