様式２

（第十一条の四関係）

薬 局 機 能 情 報 変 更 届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 業務の種別 | 　　　　　　薬　　　　　　　局 |
| 許可番号及び年月日 | 第　　　　　号　　平成　　年　　　月　　　日 |
| 薬　　　局 | 名 称 |  |
| 所在地 |  |
| 変　　更　　内　　容　　　　　　　 | 事　項（該当する項目を囲む） |  変更前 | 　変更後 |
| 薬局の名称（ふりがな）薬局開設者（ふりがな）薬局の管理者（ふりがな）薬局の所在地薬局の面積店舗販売業併設の有無電話及びＦＡＸ番号電子メールアドレス営業日休業日（通常・特別な時期）開店時間開店時間以外で相談できる時間健康サポート薬局である旨の表示の有無地域連携薬局の認定の有無専門医療機関連携薬局の認定の有無（傷病区分）薬剤師不在時間の有無その他 |  |  |
| 無菌製剤処理に係わる調剤の実施 | 否 | 可 |
| 変更年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
|  備　　　　　　　考 |  |

　上記により，変更の届出をします。

　　　　　年　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　住　所（法人にあっては，所在地）

　　　　　　　　　　　　氏　名（法人にあっては，名称及び代表者名）

　鹿児島県知事　　　　　　　殿