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