

様式2

(第十一条の四, 第十六条, 第十六条の二関係)

変 更 届 (兼 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	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		
	電話及びFAX番号		
	営業日		
	休業日 (通常・特別な時期)		
	開店時間		
	開店時間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		
	薬剤師不在時間の有無		
その他			
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)

鹿児島県知事

殿