

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

〒

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

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 () -