

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)

業務の種類別		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