

薬局機能情報変更報告書

年 月 日

滋賀県知事 様

許可番号 第 号

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、名称および代表者の氏名)

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第8条の2第2項の規定に基づき、以下のとおり変更を報告します。

薬 局		名 称		
		所 在 地		
変 更 内 容	(注)事 項		変 更 前	変 更 後
		薬 局 の 名 称		
		薬 局 開 設 者		
		薬 局 の 管 理 者		
		薬 局 の 所 在 地		
		薬 局 の 面 積		
		店 舗 販 売 業 の 併 設 の 有 無		
		電 話 番 号 お よ び フ ァ ク シ ミ リ 番 号		
		電 子 メ ー ル ア ド レ ス		
		営 業 日		
		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		
		地域連携薬局の 認 定 の 有 無		
		専門医療機関連携 薬 局 (が ん) の 認 定 の 有 無		
	薬 剤 師 不 在 時 間			
	その他()			
変 更 年 月 日		年	月	日
休 止 年 月 日		年	月	日
廃 止 年 月 日		年	月	日
備 考				

(注)変更内容の事項欄は該当する欄に○印をつけること。