

薬局機能情報変更報告書

滋賀県知事 様

平成 年 月 日

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		
	電 話 番 号 お よ び フ ァ ク シ ミ リ 番 号		
	営 業 日 お よ び 営 業 時 間		
	その他()		
変 更 年 月 日		平成 年 月 日	
休 止 年 月 日		平成 年 月 日	
廃 止 年 月 日		平成 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。