様式第六

変　更　届　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種類 | |  | | |
| 許可番号  及び年月日 | |  | | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事務所 | ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ  名称 | (電話　　　　　　　　　　 ) | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 変  更  内  容 | 事　　項 | | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
| 健康サポート薬局である旨の表示の有無 | |  |  |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 備考 | | 【省略する添付書類】  ・登記事項証明書　　・診断書　　・資格を証明する書類　　・使用関係証明書  （許可番号：　　　　　　　　　提出年月日：　　　年　　月　　日）  　上記許可の申請時又は変更届にて提出済） | | |

上記により、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

枚方市長　様

[連絡先]　担当者：

　　　　 連絡先：