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：