

# 変 更 届 書

薬局、店舗販売業、卸売販売業など該当する許可の種類を記載

業 務 の 種 別	薬 局		
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	札幌××第○○○○号 平成△△年△△月△△日		
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称 ××薬局 ○○店		
	所 在 地 札幌市××区○○条○○丁目△-△ ○○ビル○○階		
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	法人名称及び店舗名称	株式会社○○薬局 ○○薬局 ○○店	株式会社××薬局 ××薬局 ○○店
変更年月日	平成××年××月××日		
備 考			

許可の有効期間の始期を記載 (許可の証明年月日ではない)

名称・所在地は、許可証に記載されているとおりに正確に記載

上記により、変更の届出をします。

平成××年××月×△日 変更後30日以内に届出

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東京都××区○○-△-△

法人の場合は、代表印を押印

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社××薬局

代表取締役 ○○ ×× 印

捨印

捨印を押印

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先： 電話 ○○○-×××-×××× 担当者 ○○ ××