

# 変 更 届 書

業 務 の 種 別			
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日		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		
	所在地		
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
変更年月日		平成 年 月 日	
備 考			

上記により、変更の届出をします。

平成 年 月 日

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、名称及び代表者の氏名)

印

(あて先) 札幌市保健所長

連絡先： 電話

担当者