

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