

変更届書

|   |     |       |       |
|---|-----|-------|-------|
| 業 務 の 種 別                               |     |       |       |
| 許可番号、認定番号又は<br>登録番号及び年月日                |     |       |       |
| 薬局、主たる機能を有<br>する事務所、製造所、<br>店舗、営業所又は事業所 | 名 称 |       |       |
|   | 所在地 |       |       |
| 変更<br>内容                                | 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 |
|   |     |       |       |
| 変 更 年 月 日                               |     |       |       |
| 備 考                                     |     |       |       |

上記により、変更の届出をします。

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

千葉県知事 様

(担当者氏名  
電話番号)