

様式第六

変更届書

業務等の種別		薬局	
許可番号、認定番号 又は登録番号及び年月日		第 薬局一 号、 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	東大阪市	
変更内容	事項	変更前	変更後
	薬剤師不在時間の有無		
変更年月日			
備考		担当者氏名： 連絡先：	

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)

(宛先) 東大阪市長