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―　　　　　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 |
| 健康サポート薬局で  ある旨の表示の有無 | | |  |  |
| 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

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

住 所

氏 名

（宛先）　東大阪市長