

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

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