薬局機能基本情報等変更報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 許可番号及び年月日 |  |
| 薬　　局 | 名　　称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 変更内容 | 事　　　　　項 | 変　　　　　更　　　　　前 | 変　　　　　更　　　　　後 |
|  |  |  |
| 変　更　年　月　日 |  |
| 備　　　　　　　考 |  |

　上記により、基本情報の変更の報告をします。

　　　　　年　　　月　　　日

 法人にあつては、主

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

 たる事務所の所在地

 　 法人にあつては、名

 氏　名

 称及び代表者の氏名

　福島県知事

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とする。