

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第六

変更届書

薬局、店舗販売業、卸売販売業等の種別

業 務 の 種 別	薬局		
許 可 番 号 及 び 年 月 日	第 1-000 号 令和00年00月00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	かもえ薬局	
	所 在 地	浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	管理薬剤師の氏名、住所及び週当り勤務時間数	氏名：鴨江花子 住所：浜松市中区鴨江一丁目 1 番 1 号 勤務時間：40 時間/週	氏名：元城花子 住所：浜松市中区元城町 103 番地の 1 勤務時間：40 時間/週
変 更 年 月 日	令和00年00月00日		
備 考			

現在の許可の有効期間の開始日を記入する

上記により、変更の届出をします。

令和00年00月00日

変更後 30 日以内に提出する
※変更前の提出は不可
※30 日過ぎてしまったら遅延理由書が必要

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区元城町 103 番地の 1

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社鴨江商事
代表取締役 保健次郎

（あて先）浜松市保健所長
【添付書類】なし

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第六

変更届書

薬局、店舗販売業、卸売販売業等の種別

業 務 の 種 別		薬局	
許 可 番 号 及 び 年 月 日		第 1-000 号 令和00年00月00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	かもえ薬局	
	所 在 地	浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	その他の薬剤師の氏名、住所及び週当り勤務時間数	氏名：鴨江花子 住所：浜松市中区鴨江一丁目 1 番 1 号 勤務時間：40 時間/週	氏名：元城花子 住所：浜松市中区元城町 103 番地の 1 勤務時間：32 時間/週
変 更 年 月 日		令和00年00月00日	
備 考			

現在の許可の有効期間の開始日を記入する

上記により、変更の届出をします。

令和00年00月00日

変更後 30 日以内に提出する
※変更前の提出は不可
※30 日過ぎてしまったら遅延理由書が必要

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区元城町 103 番地の 1

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社鴨江商事
代表取締役 保健次郎

（あて先）浜松市保健所長
【添付書類】なし