

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、認定番号又は登録番号 及び年 月 日	第 1-〇〇〇 号	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
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
	通常の営業日 及び営業時間	月から金 9:00~19:00 土日・祝祭日は休み	月から金 9:00~20:00 土日・祝祭日は休み
	要指導医薬品又は一般用 医薬品を販売する時間	月~金 9:00~19:00	月~金 9:00~20:00
	要指導医薬品を 販売する時間	月~金 9:00~19:00	月~金 9:00~17:00
	第1類医薬品を 販売する時間	月~金 9:00~19:00	月~金 9:00~17:00
変 更 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区元城町〇〇番地の〇〇

氏名（法人にあっては、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