

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

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 1-0000 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00番00号	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	健康サポート薬局の 表示の有無	なし	あり 詳細は別紙のとおり
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

変更前に提出する  
※変更後の提出は、  
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00番地の0

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】（別紙1）届出書添付書類のとおり