

年 月 日

薬局機能情報変更報告書（変更報告）

静岡県知事 様

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）

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第8条の2第2項の規定に基づき、以下のとおり報告します。

薬 局 の 名 称	
薬 局 の 所 在 地	
許 可 番 号 及 び 年 月 日	

変更内容

項目	変更前	変更後
(1) 基本情報		
ア 薬局の名称		
フリガナ		
名称		
イ 薬局の開設者		
フリガナ		
漢字		
ウ 薬局の管理者		
フリガナ		
漢字		
項目	変更前	変更後
エ 薬局の所在地		
郵便番号		

所在地(フリガナ)		
所在地		
英語表記		
オ 薬局の面積 (単位は「m ² (平米)」。小数点以下は、第1位まで記載する。)		
薬局の面積		
カ 店舗販売業の併設の有無。		
店舗販売業の併設		
キ 電話番号及びファクシミリ番号		
① 営業日の開店時間内 電話番号		
② 営業日の開店時間内 ファクシミリ番号		
③ 夜間・休日の電話番号		
④ 夜間・休日の開店時間 内ファクシミリ番号		
ク 電子メールアドレス		
ケ 営業日、コ 開店時間		
営業日・開店時間	<input type="checkbox"/> 月曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 火曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 水曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 木曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 金曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 土曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 日曜日 (: ~ :)	<input type="checkbox"/> 月曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 火曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 水曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 木曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 金曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 土曜日 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 日曜日 (: ~ :)
サ 開店時間外で相談できる時間		
開店時間外で相談で きる時間		
シ 健康サポート薬局である旨の表示の有無		
健康サポート薬局であ る旨の表示の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

ス 地域連携薬局の認定の有無		
地域連携薬局の認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3 薬局サービス等		
ウ 薬局の不在時間の有無		
薬局の不在時間の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ 変更した事項のみ記載してください。

※ チェック項目については、記載欄の□に、☑を入れてください。