

薬局機能情報変更報告書

滋賀県知事 様

年 月 日

許可番号 第 号

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、名称および代表者の氏名)

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、以下のとおり変更を報告します。

薬 局	名 称				
	所 在 地				
変 更 内 容	(注)事 項	変 更 前	変 更 後		
	薬 局 の 名 称				
	薬 局 開 設 者				
	薬 局 の 管 理 者				
	薬 局 の 所 在 地				
	電 話 番 号 お よ び フ ァ ク シ ミ リ 番 号				
	営 業 日 お よ び 営 業 時 間				
	健 康 サ ポ ー ト 薬 局 で ある 旨 の 表 示				
	薬 剤 師 不 在 時 間				
	地 域 連 携 薬 局 の 認 定 の 有 無				
	専 門 医 療 機 関 連 携 薬 局 (が ん) の 認 定 の 有 無				
	そ の 他 ()				
	変 更 年 月 日			年	月
休 止 年 月 日	年			月	日
廃 止 年 月 日	年	月	日		
備 考					

(注)変更内容の事項欄は該当する欄に○印をつけること。