

薬局機能情報変更報告書

年 月 日

滋賀県知事 様

許可番号 第 〇〇〇〇〇-100 号

住所(法人にあつては、主たる事務所の所在地)
滋賀県大津市京町四丁目1番1号氏名(法人にあつては、名称および代表者の氏名)
滋賀 太郎

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	滋賀県薬局		
	所在地	滋賀県大津市京町四丁目1番1号		
変更内容	(注)事項	変更前	変更後	
	薬局の名称	無し	有り	
	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(健康サポート薬局である旨の表示の有無)			
変更年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日			
休止年月日	令和	年	月	日
廃止年月日	令和	年	月	日
備考				

保健所での薬機法第10条第2項に基づく変更届受理年月日

(注)変更内容の事項欄は該当する欄に○印をつけること。