

様式第六（第十六条、第十六条の二、第九十九条、第一百条、第二百二十七条、第二百五十九条の十九から第二百五十九条の二十二まで、第七十四條、第七十六條、第九十五條、第二百六十五條関係）

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 一 号 年 月 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		
	所 在 地		
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		令和 年 月 日	
備 考	【薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合】 変更後の役員が、医薬品医療機器等法第5条第3項イからトに該当するかについて、いずれかに○を記入してください。 ・該当あり（イ・ロ・ハ・ニ・ホ・ヘ・ト） ・該当なし		

上記により、変更の届出をします。

令和 年 月 日

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 ）

小樽市保健所長 様

連絡先： 電話

担当者