変　　更　　届　　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種別 | | |  | |
| 許可番号、認定番号又は  登録番号及び年月日 | | |  | |
| 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 | | |  | |
| 備考 | | |  | |

上記により、変更の届出をします。

　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　　所　　　法人にあっては、主

たる事務所の所在地

氏　　　名　　　法人にあっては、名

　　　称及び代表者の氏名

千葉県知事　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号