

変 更 届 書

業 務 の 種 別			
許 可 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、又は営業所	名 称		
	所 在 地		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考		<p>[管理者の前職歴]</p> <p>[申請者の欠格条項] 変更後の薬事に関する業務に責任を有する役員は、法第5条第3号イからトまでに掲げる者に <input type="checkbox"/>該当しない <input type="checkbox"/>該当する</p> <p>[添付書類の省略] <input type="checkbox"/>薬剤師免許証 / 販売従事登録証 (氏名 : _____)) <input type="checkbox"/>登記事項証明書 <input type="checkbox"/>その他 (_____)) 名称 (_____) 許可番号 (_____) (申請 ・ 届出) 年月日 : _____</p>	

上記により、変更の届出をします。

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]

堺 市 長 殿

担当者名 :
電話番号 :