

# 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		第 号 平成 年 月 日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事務所	名 称		
	所在地		
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	販売・授与する 医薬品の区分  (販売する医薬品の番号 に○をつけてください)	未 届	1 薬局医薬品（2を除く） 2 薬局製造販売医薬品 3 要指導医薬品 4 第一類医薬品 5 指定第二類医薬品 6 第二類医薬品 7 第三類医薬品
変 更 年 月 日		平成 年 月 日	
備 考			

上記により、変更の届出をします。

平成 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 ]

㊟

大分市保健所長 殿