

岐阜県知事 様

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

電 話 番 号

薬局機能情報変更報告書

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項の規定により、次のとおり変更を報告します。

許 可 番 号		第 号	
薬 局 の 名 称			
薬 局 の 所 在 地			
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	基本情報		
	(1) 薬局の名称		
	フリガナ		
	ローマ字表記		
	(2) 薬局開設者		
	フリガナ		
	法人代表者		
	フリガナ		
	(3) 薬局の管理者		
	フリガナ		
(4) 薬局の所在地			
フリガナ			
(5) 電話番号及び ファクシミリ番号			
(6) 営業日			
(7) 開店時間			
(8) 開店時間外で 相談できる時間			
(9) 地域連携薬局の 認定の有無			
専門医療機関連携薬局の 認定の有無 (傷病の区分)			
薬局サービス等			
(1) 健康サポート薬局である 旨の表示の有無			
(3) 薬剤師不在時間の有無			
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考			

(注意) 用紙の大きさは、日本産業規格A4とすること。
本報告の他、医薬品医療機器等法第10条の規定による変更届が必要となるので注意すること。
(基本情報(5)を除く。)