

変更
薬局機能情報 届書
廃止

年 月 日

薬局の名称		
許可番号及び年月日	第 号	年 月 日
薬局の所在地		
事項	変更前	変更後
変更又は廃止年月日	年 月 日	
備考		

上記により、薬局の機能に関する情報の変更又は廃止を報告します。

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 }

担当者名 ()

電話番号 ()

長崎県知事 殿