

変 更 届 書

業 務 の 種 別		薬局	
許 可 番 号 及 び 年 月 日		〇〇第〇〇〇〇号 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
薬 局 、 製 造 所 、 営 業 所 又 は 店 舗		名 称	〇×薬局
		所 在 地	愛知県〇〇市〇〇町〇〇
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	健康サポート薬局で ある旨の表示の有無	無し	有り
変 更 年 月 日		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
備 考		事前の届出が必要です。変更年月日は届出年月日以降の日付をご記入ください（相談時は空欄でお願いします。）。	

上記により、変更の届出をします。

令 和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

提出日をご記入ください。
相談時は空欄でお願いします。

住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）
愛知県〇〇市〇〇町〇〇

氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）
株式会社 〇×

代表
者印

愛知県知事

殿