

法人の場合は、登記
された法人代表者印

捨印

様式第六 (第十六条、第十六条の二、第九十九条、第一百条、第一百四十六条の六十九、第一百四十六条の七十、第二百二十七条、第二百三十七条の六十五、第二百三十七条の六十六、第二百七十四条、第二百七十六条、第二百九十五条、第二百六十五条、第二百六十五条の二、第二百六十五条の三関係)

変 更 届 書

業 務 の 種 別		薬局	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第A N O O O O O O O 号 平成〇〇年〇〇月〇〇日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称	〇〇薬局	
	所 在 地	奈良市三条本町13番1号 はぐくみセンター4階	
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	なし	あり
変 更 年 月 日			
備 考			

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

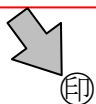
住 所

(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)

法人の場合は、登記された法人登記印



(宛先) 奈良市保健所長