

薬局機能情報変更報告書

年 月 日

福井県知事 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、名称および代表者の氏名）



連絡先 担当者氏名
電話番号

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項の規定に基づき、以下のとおり報告します。

	薬 局 名 称		
	薬 局 所 在 地		
	薬 局 許 可 番 号		
変 更 事 項	項 目	変 更 前	変 更 後
	1 薬局の名称		
	2 薬局開設者		
	3 薬局の管理者		
	4 薬局の所在地		
	5 電話番号およびFAX番号		
	6 営業日および開店時間		
	7 開店時間外で相談できる時間		
	8 健康サポート薬局である旨の表示		
	9 薬剤師不在時間		
	10 その他 ()		
	変 更 年 月 日		
	休 止 年 月 日		
	廃 止 年 月 日		
	備 考		