

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 薬局の面積		
	6 店舗販売業の併設の有無		
	7 電話番号およびFAX/FAXリ番号		
	8 電子メールアドレス		
	9 営業日		
	10 開店時間		
	11 開店時間外で相談できる時間		
	12 健康サポート薬局である旨の表示		
	13 地域連携薬局の認定の有無		
	14 専門医療機関連携薬局の認定の有無及び認定の区分		
	15 薬剤師不在時間		
	16 その他 〔 〕		
変 更 年 月 日			
休 止 年 月 日			
廃 止 年 月 日			
備 考			