

様式第六

変 更 届 書

業 務 の 種 別			
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日		第	号
		年	月 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	
		所在地	〒 京都市 区 電話 — —
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年 月 日	
備考	原本省略書類及びその提出日等（写しはご提出ください） <input type="checkbox"/> 薬剤師免許証（氏名 ） <input type="checkbox"/> 販売従事登録証（氏名 ） <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 施設名称（ ） 許可番号（第 号） 年 月 日の（新規申請・変更届）にて提出済 薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合、以下にご記入ください 責任役員（ ）は薬機法第5条第三号イからトまでに規定する 欠格条項に該当 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する（診断書をご提出ください）		

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〕

電話 — —

(あて先) 京 都 市 長 担当者名 () 連絡先 ()