（様式第３号）

薬局機能情報変更報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

長野県知事　様

住　　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

　薬局機能情報に変更を生じたので、次のとおり変更を報告します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬局開設許可番号 | | 第　　　　　　　　　　号 | | |
| 薬局の名称 | |  | | |
| 薬局の所在地 | |  | | |
| 変　更　事　項 | | | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  | | |  |  |
| 変 更 年 月 日 | | | 年　　月　　日 | |
| 備  考 |  | | | |