

(様式第2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)

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項の規定により、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
基 本 情 報	薬局の名称		
	薬局開設者		
	薬局の管理者		
	薬局の所在地		
	薬局の面積		
	店舗販売業の併設の有無		
	薬局の電話番号		
	薬局のファクシミリ番号		
	電子メールアドレス		
	営業日		
	開店時間		
	開店時間外で相談できる時間		
	健康サポート薬局である旨の表示の有無		
	地域連携薬局の認定の有無		
	専門医療機関連携薬局の認定の有無		
「有」の場合、傷病の区分			
薬剤師不在時間の有無			
変 更 年 月 日		年	月 日
備 考			

(記入上の注意) * 変更した事項の変更前・変更後のみ記入する。