別紙様式５

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

広島県知事　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

　　　名称，代表者の氏名

薬局機能情報変更報告書

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 | 〒　　　　― |
| 変 更 事 項※該当するものに☑をつけること | □薬局の開設者名□薬局の所在地（住居表示）□その他（項目を記入　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 変更内容 | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  |  |
| 変更年月日 |  |
| 備　考（参考事項） |  |