様式第六

変　更　届　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種類 | |  | | |
| 許可番号  及び年月日 | |  | | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、営業所又は店舗 | ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ  名称 | (電話　　　　　　　　　　 ) | | |
| 所在地 |  | | |
| 変  更  内  容 | 事　　項 | | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|  | |  |  |
| 変更年月日 | |  | | |
| 備考 | | 【兼営事業】  高度管理医療機器等販売業・貸与業　　第　　　　　　号・　　年　　月　　日  毒物劇物販売業　　　　　　　　　　　第　　　　　　号・　　年　　月　　日 | | |

上記により、変更の届出をします。

　　 年　　月　　日

住　所

法人にあっては、主たる事業所の所在地

氏　名

法人にあっては名称及び代表者の氏名

吹田市保健所長　様

〔連絡先〕　担当者名：

　　　　　　電話番号：