

薬局機能情報変更報告書

平成 年 月 日

宮城県知事 殿

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）

印

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、下記のとおり変更を報告します。

記

許可番号及び年月日	第	号	平成	年	月	日
薬局の名称						
薬局の所在地						
変更内容	変更事項	変更前	変更後			
変更年月日	平成	年	月	日		
備考						

担当者 _____

連絡先 _____