様式２

# 薬局機能情報変更報告書

<table>
<tr><td colspan="2">許可番号及び年月日</td><td colspan="2">Ａ第　　号　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">名　　称</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">所　在　地</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">変更内容</td><td>事　　項<br>（該当する項目をチェックする）</td><td>変　更　前</td><td>変　更　後</td></tr>
<tr><td>□薬局の名称（カナ、英字）<br>□薬局開設者（カナ）<br>□薬局の管理者（カナ）<br>□薬局の所在地<br>（郵便番号、英字）<br>□薬局の面積<br>□店舗販売業併設の有無<br>□電話番号、ﾌｧｸｼﾐﾘ番号<br>□電子メールアドレス<br>□営業日　□開店時間<br>□開店時間外で相談できる時間<br>□健康サポート薬局である旨の表示の有無<br>□地域連携薬局の認定の有無<br>□専門医療機関連携薬局の認定の有無及び認定の区分<br>□薬剤師不在時間の有無</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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項の規定に基づき、上記のとおり変更の報告をします。

年　　月　　日

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）

佐賀県知事　　様

この事務手続きに伴いお預かりした個人情報は許認可事務に利用し、第三者に提供しません。ただし、関係法令の目的達成のため必要な情報や、法令等に定めがある場合、公益上の見地からやむをえない場合などに提供や利用する場合があります。