薬局機能情報変更報告書

年　　　月　　　日

群馬県知事　あて

報告者住所（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

のとおり薬局機能情報のうち基本情報等について、変更を報告します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |
| 許可番号 | |  |  |
| 薬局の名称 | |  |  |
| 薬局の所在地 | |  |  |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |  |
| 変更年月日 | |  |  |
| 備考 | |  |  |