

様式3

年 月 日

(あて先) 秋田県知事

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)

薬局機能情報報告事項の変更について (報告)

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 (昭和35年法律第145号) 第8条の2第2項の規定に基づき、次のとおり報告します。

許 可 番 号 及 び 年 月 日		第 号 年 月 日	
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		年 月 日	
備 考			

【文書作成責任者等の連絡先】
(住所)
(責任者または担当者名)
(連絡先) 電話番号：
メールアドレス：