

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 3 5 年法律第 1 4 5 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					