

変 更 届 書

業 務 の 種 別		既 存 配 置 販 売 業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第 号 平成・令和 年 月 日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所	名 称	_____	
	所在地	東 京 都 一 円	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		令 和 年 月 日	
備 考			

上記により、変更の届出をします。

令和 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〕

東 京 都 知 事 殿

電話番号 () 担当者名