

変 更 届 書

業 務 の 種 別		既 存 配 置 販 売		許可年月日は、許可証有効期間の初めの日付です。
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	
	業務を行う役員	{ 高○ △子 ○木 ×夫	{ 高○ △子 △田 ○雄	
		変更があった役員だけでなく、変更前後の業務を行う役員全員の名前を記載してください。		
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
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

法人の場合は登記された本店の所在地・名称及び代表者の氏名を記入してください。

氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社 ○○医薬品
代表取締役 ○田 ×子

東 京 都 知 事 殿

電話番号 03(5321)1111 担当者名 ○田 ×子