

様式2

(第十一条の四関係)

薬局機能情報変更届

業務の種別		薬局	
許可番号及び年月日		第	号 平成 年 月
薬局	名称		
	所在地		
変更内容	事項 (該当する項目を囲む)	変更前	変更後
	薬局の名称 (ふりがな)		
	薬局開設者 (ふりがな)		
	薬局の管理者 (ふりがな)		
	薬局の所在地		
	薬局の面積		
	店舗販売業併設の有無		
	電話及びFAX番号		
	電子メールアドレス		
	営業日		
	休業日 (通常・特別な時期)		
	開店時間		
	開店時間以外で相談できる時間		
	健康サポート薬局である旨の表示の有無		
	地域連携薬局の認定の有無		
	専門医療機関連携薬局の認定の有無 (傷病区分)		
	薬剤師不在時間の有無		
	その他		
無菌製剤処理に係わる調剤の実施	否	可	
変更 年 月 日	年 月 日		
備考			

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

住 所 (法人にあつては、所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者名)

鹿児島県知事

殿