

変 更 届 書

業 務 の 種 別		店 舗 販 売 業	
許 可 番 号 及 び 年 月 日		名店舗第〇〇〇号 〇〇年〇〇月〇〇日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は営業所	名 称	名古屋薬店	
	所 在 地	名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号 名古屋ビル 3 階	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		〇〇年〇〇月〇〇日	
備 考		抗原検査キット時間外販売対応 メールアドレス：〇〇〇〇〇〇@〇〇〇 電話（薬局、店舗又は営業所）（052）〇〇〇－〇〇〇〇 担当者名（ 〇〇 〇〇 ）連絡先（〇〇〇）〇〇〇－〇〇〇〇	

上記により、変更の届出をします。

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

名古屋市中区三の丸三丁目 1 番 1 号

氏 名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇〇〇

代表取締役 名古屋 二郎

名古屋市長 殿