

変 更 届 書

捨印

さしつかえなければ捨印をすること。

業 務 の 種 別		配置販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		〇〇第△△号の〇 平成 年 月 日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事務所	名 称	記載不要。	
	所在地	島根県一円 営業区域を記載すること。	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	営業者住所 営業者氏名	松江市□□町456番地 株式会社 しまね医薬品	松江市〇△町135番地 株式会社 花子薬品
変 更 年 月 日		平成 年 月 日	変更した実際の年月日を記載すること。
備 考		<p>①書類の添付を省略する場合「添付書類の省略は別紙のとおり」と記載し、添付書類省略一覧表を添付すること。</p> <p>②業務を行う役員の変更の場合、変更後の業務を行う役員が法第5条第3号イ～ハまでのいずれかに掲げる者又は成年被後見人に該当するときはそのいずれに該当するかを記載し、該当しないときは「新役員は、法第5条第3号イ～ハ及び成年被後見人に該当しない」と記載すること。</p>	

上記により、変更の届出をします。

平成 年 月 日

提出日を記載すること。

住所、氏名の変更の場合は変更後のものを記載すること。法人の場合は、登記された本店の所在地、名称、代表者の氏名を記載すること。

住 所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

松江市〇△町135番地

氏 名 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

株式会社 花子薬品

代表取締役 島根 花子

印

法人の場合は、登記された代表者印を押印すること。

島根県知事 ○○ ○○ 殿