（様式第２号）

薬局機能情報変更報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

長野県知事　様

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）

　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第８条の２第２項の規定により、次のとおり変更を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局開設許可番号 | 第　　　　　　　　　　号 |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 |  |
| 変　更　事　項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 基本情報 | 薬局の名称 |  |  |
| 薬局開設者 |  |  |
| 薬局の管理者 |  |  |
| 薬局の所在地 |  |  |
| 薬局の面積 |  |  |
| 店舗販売業の併設の有無 |  |  |
| 薬局の電話番号 |  |  |
| 薬局のファクシミリ番号 |  |  |
| 電子メールアドレス |  |  |
| 営業日 |  |  |
| 開店時間 |  |  |
| 開店時間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 |  |  |
| 「有」の場合、傷病の区分 |  |  |
| 薬剤師不在時間の有無 |  |  |
| 変 更 年 月 日 | 年　　　月　　　日 |
| 備 考 |  |

（記入上の注意）　＊　変更した事項の変更前・変更後のみ記入する。