

(様式第3号)

薬局機能情報変更報告書

年 月 日

長野県知事 様

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

薬局機能情報に変更を生じたので、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
変更年月日	年 月 日	
備考		