様式第六

変　更　届　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種別 | | |  | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | | | 年 　 月 　 日　届出 | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所 | | 名　称 |  | |
| 所在地 |  | |
| 変  更  内  容 | 事　　 項 | | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  | |  |  |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | |
| 備考 | | | ・販売、貸与形態：  □補聴器　　□電気治療器　　□プログラム  □家庭用　　□管理　　□検査 | |

上記により、変更の届出をします。

　　　　　年　　月　　日

〒

法人にあっては､主

たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

法人にあっては､名

称及び代表者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL（　　　　　）　　　　　－

福岡県知事　　　　　　　　殿