**様式第六**（第十六条、第十六条の二、第十六条の三、第九十九条、第百条、第百十四条の六十九、第百十四条の七十、第百二十七条、第百三十七条の六十五、第百三十七条の六十六、第百七十四条、第百七十六条、第百九十五条、第二百六十五条、第二百六十五条の二、第二百六十五条の三関係）

**変　　　更　　　届　　　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種別 | | | 薬局 | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | | | 第○○○○号  平成△△年□□月××日 | |
| 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 | ◎○●薬局□△支店 | |
| 所在地 | さいたま市中央区　××－○○－□□ | |
| 変更内容 | 事　　　　　　　　項 | | 変　　　　　更　　　　　前 | 変　　　　　更　　　　　後 |
| 健康サポート薬局である旨の表示の有無  健康サポート薬局の掲示を開始する日 | | 無し | 有り |
| 変　　更　　年　　月　　日 | | | △○年□□月○×日 | |
| 備　　　　　　　　 　　　考 | | | ※事前の届出が必要です。  （変更日は届出日より未来の日付になります。） | |

【注意事項】

※届出の後、保健所が書類審査を行った結果、不備や不足書類がある場合には訂正や再提出が必要です。**書類が全て整ったことを確認できた段階で届出の受理となります。**

※事前の相談が無かった場合、書類提出から受理までに時間を要し、予定していた変更年月日での掲示及び公表に間に合わない場合があります。**提出書類については、添付書類を含め、必ず、保健所に事前相談してください。**

届出日

上記により、変更の届出をします。

△○年　□□月　○日

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

住　所

氏　名

さいたま市××二丁目3番4号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　株式会社○○○○○○

代表取締役　○○　○○

**（あて先）**

**さいたま市保健所長**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者：□×○課　○○　◎子

連絡先：×××‐×××‐××××