

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			
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			
備 考		(担当者氏名 : 電話 )	

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

〒

住 所

氏 名

新潟県知事様  
保健所長様