

様式2

変更届

認定証の日付を記載する

認定年月日		年 月 日	
薬局	名称	○△薬局	
	所在地	浜松市中央区鴨江○丁目○番○号	
変更内容	事項	変更前	変更後
	薬局名	○□薬局	○△薬局
変更年月日		年 月 日	
備考			

変更事項には、変更内容（薬局名、開設者、指定の研修を受けた薬剤師、所在地、連絡先、薬剤師名）を記載する

上記により、浜松市認定在宅医療・介護対応薬局の申請事項の変更を届出します。

年 月 日

提出日を記載する

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

浜松市中央区鴨江○丁目○番○号

開設者の住所・氏名を記載する

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社 ○△薬局

代表取締役 浜薬 太郎

（あて先） 浜松市長 殿

提出先：一般社団法人浜松市薬剤師会 事務局

（注意）

変更事項には、変更内容（薬局名、開設者、指定の研修を受けた薬剤師、所在地、連絡先、薬剤師名）を記載