様式２（変更・訂正報告）

薬局機能情報報告書（変更・訂正報告用）

|  |  |
| --- | --- |
| 薬局の名称 |  |
| 薬局の所在地 |  |

医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第８条の２第２項の規定に基づき、県民が薬局の選択を適切に行うために必要な薬局機能情報の変更を報告します。

変更・訂正のある事項

・変更・訂正前

・変更・訂正後

年　　月　　日

法人にあたっては主たる事務所の所在地

住所

　　　　　　　氏名

法人にあたっては名称及び代表者の職・氏名

高知県知事　　　　　　　　様

連絡先電話番号（　　　　－　　　－　　　　）

【注意】

１）不要な文字は消すこと。

２）基本事項等に変更が生じたときから10日以内に報告すること。

３）訂正がある場合は、速やかに随時報告すること。

４）医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第10条に基づく休止・再開・廃止事項の届出については、別途届出が必要。

５）該当の調査票を添付すること。