

(様式第2号)

年 月 日

栃木県知事 様

住所 [法人にあつては、主たる事務所の所在地]

氏名 [法人にあつては、名称及び代表者の氏名]

薬局機能情報報告書

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、下記のとおり薬局に関する情報の変更を報告します。

記

1. 薬局開設許可番号

2. 薬局の名称及び所在地

3. 変更年月日 年 月 日

4. 報告内容 別紙のとおり

(注意)

※ 基本情報のうち、薬局の名称、薬局開設者、薬局の管理者、薬局の所在地、電話番号、営業日及び営業時間を変更した場合には、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条第1項の規定に基づく変更届も提出すること。なお、健康サポート薬局の有無及び薬剤師不在時間の有無を変更する場合は、あらかじめ同法第10条第2項に基づく変更届を提出すること。また、地域連携薬局の認定又は専門医療機関連携薬局の認定を有とする場合は、あらかじめ知事の認定を受けていること。