**様　式　２**

|  |
| --- |
| **薬局機能情報変更報告書（変更報告・随時報告用）** |
| 許　　可　　番　　号 | （ 　 　 ）第　　　　 号 |
|  |  |
| 変　更　内　容 |
| 変更項目に○ | 項　　目 | 変更後の内容 |
|  | ①薬局の名称 | 別紙のとおり |
|  | ②薬局開設者（薬局開設者が法人の場合は法人の名称及び代表者の氏名） |
|  | ③薬局の管理者 |
|  | ④薬局の面積 |
|  | ⑤店舗販売業の併設の有無 |
|  | ⑥電話番号及びファクシミリ番号 |
|  | ⑦電子メールアドレス |
|  | ⑧営業日及び開店時間 |
|  | ⑨開店時間外で相談できる時間 |
|  | ⑩地域連携薬局の認定の有無 |
|  | ⑪専門医療機関連携薬局の認定の有⑨無 |
|  | ⑫健康サポート薬局である旨の表示の有無 |
|  | ⑬薬剤師不在時間の有無 |
|  | ⑭その他 |

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、別紙のとおり医療を受ける者が薬局の選択を適切に行うために必要な情報（薬局機能情報）の変更を報告します。

年 月 日

法人にあっては、主

たる事務所の所在地

 住 所

法人にあっては、名

称及び代表者の氏名

 氏 名

香川県知事　　　　　　　　　　　　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先（TEL） | （ ） － |

（注意）

　項目の内、①から⑬の変更の場合は調査票２を添付すること。①から⑬以外の変更を併せて行う場合は、変更部分を修正した調査票１を添付するか、変更部分のみを記載した調査票１を添付すること。