

第5号様式（第5条関係）

薬局等外薬事従事許可証書換え交付申請書

年 月 日

（あて先）長崎市長

住所

氏名

次のとおり 年 月 日長崎市指令生衛第 号により許可のあった薬局等外薬事従事について、長崎市医薬品、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施行細則第5条の規定により書換え交付を申請します。

管理している 薬局、店舗 又は営業所	名 称		
	所在地		
	許可番号		
兼務する場所	名 称		
	所在地		
兼務する業務の 内 容			
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日	年	月	日
備考			

※薬局等外薬事従事許可証を添えて申請してください。