（様式　９）

管　理　薬　剤　師　変　更　届

私は、一般財団法人北海道薬剤師会公衆衛生検査センター利用規程に従い、管理薬剤師を変更したので、

お届けします。

２０　　　年　　　　月　　　　日

一般財団法人北海道薬剤師会公衆衛生検査センター

理 事 長　　三　浦　洋　嗣　様

開設者の住所・氏名

（法人にあっては住所、名称、

代表者の氏名及び電話番号）

　　TEL（　　　　　）　　　　－

・店舗（営業所）名及び

　　　住所、電話番号

・新管理薬剤師名

・管理薬剤師変更年月日　　　２０　　　年　　　　月　　　　日

（該当する事項に○印をつけてください）

業　　　態 ------------- ・薬　局（医薬品製造業）

　　　　　　　　　 　　　・薬　局　　　・店舗販売業　　　・卸売販売業

・その他（　　　　　　　　　　　　　）