（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）　　印

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（　　）