岩手県薬剤師会・保険薬局会員登録事項変更届

（変更該当箇所のみ記入してください）

届出年月日　令和　　年　　月　　日

岩手県薬剤師会　会長　村井利昭　殿

薬局の名称　　（市町村名　　）

届出担当者の職・氏名

下記のとおり変更がありましたので届出します。（変更年月日　令和　　年　　月　　日）

	変更前	変更後
薬局名称		
郵便番号 住所		
電話番号		
ＦＡＸ番号		
メールアドレス		
医療機関 コード		
開設者		
管理薬剤師		
保険薬剤師		
開局日時		
休業日		
駐車場の有無	1. 有　（台）・　2. 無	1. 有　（台）・　2. 無
麻薬小売業 免許の有無	1. 有　・　2. 無	1. 有　・　2. 無
薬局地図 （住所変更の場合）		