令和　　年　　月　　日

島根労働局労働基準部労災補償課長　殿

（指定番号）

（薬局の名称）

（所在地）

（電話番号）

管理薬剤師異動届

下記のとおり異動がありましたので、届け出ます。

記

変更年月日：

旧薬剤師氏名：

新薬剤師氏名：

　　　　　　　（薬剤師名簿登録№　　　　　　　　　　　　）