

変更届（管理薬剤師・住所・電話番号・保険薬局名・合意撤回※）

送信者（管理薬剤師）	
変更届（右記に○印）	管理薬剤師・住所・電話番号（FAX）・保険薬局名
変更前	
変更後	
合意撤回	今回の合意書の撤回をお願いします。
管理薬剤師名	
撤回理由	

※合意撤回は、受付後、宮崎東病院から連絡いたしますので何卒、よろしくお願いしま
す。

変更届・合意撤回は郵送にてお願いします。