

様式第六（第十六条，第十六条の二，第九十九条，第百条，第百十四条の六十九，第百十四条の七十，第二百二十七条，第三百三十七条の六十五，第三百三十七条の六十六，第七百七十四条，第七百七十六条，第九百九十五条，第二百六十五条，第二百六十五条の二，第二百六十五条の三関係）

## 変 更 届 書

「薬事に関する業務に責任を有する役員の名」を変更した場合の記載例

業 務 の 種 別	薬局		
許可番号，認定番号又は登録番号及び年月日	A-0000 平成27年10月1日		
薬局，主たる機能を有する事務所，製造所，店舗，営業所又は事業所	名 称	〇〇薬局〇〇店	
	所 在 地	高知市〇〇町〇丁目〇ー〇	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	薬事に関する業務に責任を有する役員	桂 浜子 (代表取締役) 日曜 市太郎 (取締役)	仁淀 清 (代表取締役) 日曜 市太郎 (取締役) 土佐 二郎 (取締役)
変 更 年 月 日	令和〇年〇月〇日		
備 考	なし		

許可証の有効期間の開始日「平成〇年〇月〇日から」の年月日を記載してください。

変更が生じた年月日を記載してください。

変更届書の備考欄に，変更後の役員が医薬品，医療機器等の品質，有効性及び安全性の確保等に関する法律第5条第3号イからトまでのいずれかに該当するときは，そのいずれに該当するかを記載し，該当しないときは「なし」と記入してください。

上記により，変更の届出をします。

令和〇〇年 〇 月 〇 日

変更後，30日以内に届出をしてください。

住 所 ( 法人にあつては，主たる事務所の所在地 ) 〒780-0850 高知市〇〇町〇丁目〇番地〇

氏 名 ( 法人にあつては，名称及び代表者の氏名 ) 株式会社〇〇〇〇 代表取締役 〇〇 〇〇

担当者氏名，連絡先：〇〇 Tel.〇〇〇-〇〇〇〇

高知市保健所長 様