

様式第六 (第十六条、第十六条の二、第十六条の三、第九十九条、第一百条、第一百四十六条の六十九、第一百四十六条の七十、第二百二十七条、第三百七条の六十五、第三百七条の六十六、第七十四条、第七十六条、第九十五条、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

「旧薬局管理者」が退職し、「新薬局管理者」を設置した場合の記載例
(薬局管理者のみが交代した場合)

業 務 等 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 令和〇年〇月〇日		
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〇-〇	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	薬局管理者	高知 太郎 (〇〇時間/週勤務)	土佐 花子 (〇〇時間/週勤務)
変 更 年 月 日	令和〇年〇月〇日		
備 考	高知太郎：退職 土佐花子：新規雇用 (第〇〇〇〇〇〇号 平成〇年〇月〇日登録) 従たる薬剤師に変更ありません。		

許可証の有効期間の開始日
「令和〇年〇月〇日から」
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。

新たに設置した薬局管理者について、薬剤師免許証に記載されている登録番号、登録年月日を記載してください。

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番

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 〇〇-〇〇〇〇

高知市保健所長 様

平成26年6月12日以降、「別紙3 業務体制の概要」を提出し、その内容に変更が全く無い場合は、「別紙3 業務体制の概要」は省略できます。
この場合、「〇年〇月〇日に提出した、『別紙3 業務体制の概要』に変更ありませんので省略します。」と備考欄に記載してください。