

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、第三百七十七条の六十五、第三百七十七条の六十六、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

従たる薬剤師（薬局管理者以外の薬剤師）の退職・増員があった場合の記載例

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
	従たる薬剤師	土佐 花子 (〇〇時間/週勤務) 〇〇 一郎 (〇〇時間/週勤務) 〇〇 桜子 (〇〇時間/週勤務)	— 〇〇 一郎 (〇〇時間/週勤務) 〇〇 桜子 (〇〇時間/週勤務) 高知 太郎 (〇〇時間/週勤務)
変 更 年 月 日		令和〇年〇月〇日	
備 考		土佐花子：退職 高知太郎：増員 薬局管理者に変更ありません。	

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。

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。

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 〇〇〇〇-〇〇〇〇

高知市保健所長 様