

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

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 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〇-〇	
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「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。

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。

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。

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