

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

旧「薬局管理者」が社内他店舗に異動し、旧「従たる薬剤師」が新「薬局管理者」に就任した場合の記載例

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		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。
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)
	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)
変 更 年 月 日	令和〇年〇月〇日 変更が生じた年月日を記載してください。		
備 考	高知太郎: 〇〇薬局〇〇店に異動		

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

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。