

様式第六 (第十六条、第十六条の二、第九十九条、第百条、第七百七十四条、第七百七十六条関係)

変 更 届 書

許可を受けている業態の種別に○で囲む

| | | | |
|-----------------------------|---------------|--|---------------|
| 業 務 の 種 別 | | 薬局 / 店舗販売業 薬局製剤製造販売業 / 薬局製剤製造業 管理医療機器販売業・貸与業 高度管理医療機器等販売業・貸与業 | |
| 許可番号及び年月日 | | 第 ○○○○ 号 令和○ 年 ○月 ○日 | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は営業所 | 名 称 | ○○薬局 ○○店 | |
| | 所 在 地 | 〒○○○ - ○○○○ 東京都千代田区○○町○丁目○-○ ○○ビル○階 | |
| | | 電話番号 03 - ○○○ - ○○○ | |
| 変更内容 | 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 |
| | (変更した事項を記載する) | (変更前の事項を記載する) | (変更後の事項を記載する) |
| 変 更 年 月 日 | | 令和○ 年 ○月 ○日 | |
| 備 考 | | 届出日を記載する 変更が生じた日付を記載する | |

有効期限の開始日を記載する。管理医療機器の販売業または貸与業の場合は届出年月日を記載する。

変更が生じた日付を記載する

届出日を記載する

上記により、変更の届出をします。

令和○年 ○月 ○日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

開設者の住所・氏名を記載する。法人の場合は、登記上の本社住所及び名称、代表者氏名を記載する。

千代田区千代田保健所長 殿

電話番号

担当者名

担当者氏名とその連絡先を記載する

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 管理医療機器の販売業又は貸与業にあつては、許可番号及び年月日欄にその販売業又は貸与業の届出を行つた年月日を記載すること。
- 4 管理者の変更の場合は、変更後の管理者が薬剤師又は登録販売者であるときはその者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を、高度管理医療機器等営業管理者の変更の場合は、変更後の高度管理医療機器等営業管理者が第162条第1項から第4項までの各号のいずれに該当するかを、特定管理医療機器営業管理者等の変更の場合は、変更後の特定管理医療機器営業管理者等が第175条第1項各号のいずれに該当するかを変更後欄に付記すること。
- 5 管理者以外の薬剤師又は登録販売者に変更があつた場合のうち、新たに薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者となつた者がいる場合には、その者の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日又は販売従事登録番号及び登録年月日を変更後欄に付記すること。
- 6 薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合は、備考欄に、変更後の役員が法第5条第3号イからトまでのいずれかに掲げる者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」と記載すること。