

變更屆書

業 務 等 の 種 別			
許 可 番 号 、 認 定 番 号 又 は 登 録 番 号 及 び 年 月 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	
		所 在 地	〒
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日			
備 考		担当者氏名： 電話：	

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

三

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)

新潟市保健所長 殿

(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 業務等の種別欄には、薬局、地域連携薬局、専門医療機関連携薬局、第1種医薬品、第2種医薬品、医薬部外品、化粧品、第1種医療機器、第2種医療機器、第3種医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品若しくは薬局製造販売医薬品の製造販売業、医薬品、医薬部外品、化粧品、医療機器、体外診断用医薬品、再生医療等製品若しくは薬局製造販売医薬品の製造業、認定外国製造業者若しくは登録外国製造業者、登録認証機関、店舗販売業、配置販売業若しくは卸売販売業、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業（指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業又は貸与業を除く。）、指定視力補正用レンズ若しくはプログラム高度管理医療機器のみの販売業若しくは貸与業、特定管理医療機器の販売業若しくは貸与業（補聴器、家庭用電気治療器又はプログラム管理医療機器以外の特定管理医療機器を販売又は貸与する場合に限る。）、補聴器、家庭用電気治療器若しくはプログラム管理医療機器のみの販売業若しくは貸与業、管理医療機器（特定管理医療機器を除く。）の販売業若しくは貸与業又は医療機器の修理業の別を記載すること。
- 4 医薬品等の製造業者若しくは認定外国製造業者又は医療機器の修理業者については、この届書は地方厚生局長に提出する場合にあつては正本1通及び副本2通を、厚生労働大臣、都道府県知事、保健所を設置する市の市長又は特別区の区長に提出する場合にあつては正本1通を提出すること。
- 5 管理医療機器の販売業又は貸与業にあつては、許可番号、認定番号又は登録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。
- 6 配置販売業にあつては、所在地欄に営業区域を記載し、名称欄の記載を要しないこと。
- 7 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、責任技術者の変更の場合は、変更後の責任技術者が第91条第1項若しくは第2項、第91条の2又は第114条の53第1項から第3項までの各号のいずれに該当するかを、医薬品又は体外診断用医薬品の総括製造販売責任者の変更の場合は、変更後の総括製造販売責任者が薬剤師であるときは薬剤師名簿登録番号及び登録年月日を、薬剤師以外の者であるときはその者が第86条第1項第1号イ若しくはロ、第2号イからハまで、第3号イ若しくはロ又は第114条の49の2第1項第1号若しくは第2号のいずれに該当するかを、医薬品又は体外診断用医薬品の総括製造販売責任者補佐薬剤師の変更の場合は、変更後の総括製造販売責任者補佐薬剤師の薬剤師名簿登録番号及び登録年月日を、営業所管理者の変更の場合は、変更後の営業所管理者が薬剤師であるときは薬剤師名簿登録番号及び登録年月日を、薬剤師以外の者であるときはその者が第154条各号のいずれに該当するかを、高度管理医療機器等営業所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所管理者が第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所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所管理者等が第175条第1項各号のいずれに該当するかを、再生医療等製品営業所管理者の変更の場合は、変更後の再生医療等製品営業所管理者が第196条の4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。
- 8 医薬品又は体外診断用医薬品の総括製造販売責任者の変更の場合のうち、新たに総括製造販売責任者として薬剤師以外の者を置く場合には、総括製造販売責任者補佐薬剤師の氏名、住所、薬剤師名簿登録番号及び登録年月日を変更後欄に付記すること。
- 9 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。
- 10 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。
- 11 登録外国製造業者又は認定外国製造業者にあつては、外国語により申請者の住所及び氏名を並記すること。
- 12 様式第114、様式第114の2又は様式第114の3による届出に記載された事項に変更を生じた場合における令第74条第1項、令74条の2第1項又は令74条の3第1項の規定による届出の場合は、正副2通を提出すること。

< 参考様式 >

雇 用 （ 勤 務 ） 証 明 書

被用者（勤務者）氏名		
就 業 場 所	名 称	
	所在地	新潟市
従事する業務の内容 (該当する□に✓をすること)		<input type="checkbox"/> 管 理 者（専任） <input type="checkbox"/> その他の薬剤師 <input type="checkbox"/> その他の登録販売者
勤務日及び勤務時間		
薬 局 又 は 店 舗 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間		
そ の 他		

上記のとおり雇用関係にある（勤務している）ことを証明します。

年 月 日

雇用者 住 所

氏 名

被用者 住 所

氏 名

（記載上の注意）

- 1 被用者（勤務者）氏名欄に記載された者が、当該薬局若しくは店舗の許可の申請者又は申請者たる法人の役員である場合は、当該薬局又は店舗における勤務の状況として記載すること。それ以外は使用関係を証する書類として記載すること。
- 2 雇用者が法人の場合にあっては、主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名を記載すること。
- 3 被用者（勤務者）が複数の薬局又は店舗で業務に従事する場合は、「その他」欄に記載すること。
- 4 記載事項の全てを記載できない場合は、当該欄に「別紙のとおり」と記載し別紙を添付すること。

【参考様式1】業務を行う体制の概要

薬局又は店舗の名称:

[illegible]

実務従事証明書（一般従事者用）

年 月 日

（従事者の氏名） 殿

薬局開設者又は医薬品
販売業者の住所
（法人にあつては、主
たる事務所の所在地）

薬局開設者又は医薬品
販売業者の氏名
（法人にあつては、名
称及び代表者氏名）
連絡先電話番号

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	生年月日： 年 月 日
住 所	〒
薬局又は店舗の名称及び許可番号	業態： 許可番号：
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	

1 実務期間 （ 年 月間）
年 月 ～ 年 月

2 実務内容

（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にチェック）

- ☐ 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- ☐ 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

3 実務時間（該当する□にチェック）

- ☐ 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
- ☐ 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計160時間以上従事した。
- ☐ 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計（ ）時間従事した。

4 研修の受講

（外部研修（追加的な研修を含む。）の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

(記載上の注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 薬局開設者又は医薬品販売業者の住所、氏名及び連絡先電話番号
 - (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載する。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載する。
 - (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載する。
- 5 薬局又は店舗の名称は、許可証のとおり記載する。ただし、配置販売業にあっては、記載を要しない。
- 6 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、配置販売業にあっては「新潟県一円」等と記載する。
- 7 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 8 実務期間
 - (1) 月単位で計算する。
 - (2) 実務期間は、連続した期間ではなくても差し支えない。

業務従事証明書（登録販売者用）

年 月 日

（従事者の氏名） 殿

薬局開設者又は医薬品
販売業者の住所
（法人にあつては、主
たる事務所の所在地）

薬局開設者又は医薬品
販売業者の氏名
（法人にあつては、名
称及び代表者氏名）
連絡先電話番号

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	生年月日： 年 月 日
住 所	〒
販売従事登録年月日及び登録番号	
薬局又は店舗の名称及び許可番号	業態： 許可番号：
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	

1 業務期間（ 年 月間）

年 月 ～ 年 月

このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において
業務に従事した期間（ 年 月間） 年 月 ～ 年 月

2 業務内容

（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にチェック）

- ☐主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- ☐一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- ☐一般用医薬品に関する相談対応業務
- ☐一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- ☐一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- ☐一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3 業務時間（該当する□にチェック）

- ☐上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
- ☐上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計160時間以上従事した。
- ☐上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計（ ）時間従事した。

4 研修の受講（受講した外部研修（追加的な研修を含む。）の年月日及び概要を記載）

(記載上の注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 薬局開設者又は医薬品販売業者の住所、氏名及び連絡先電話番号
 - (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載する。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載する。
 - (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載する。
- 5 薬局又は店舗の名称は、許可証のとおり記載する。ただし、配置販売業にあっては、記載を要しない。
- 6 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、配置販売業にあっては「新潟県一円」等と記載する。
- 7 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 8 業務期間
 - (1) 月単位で計算する。
 - (2) 業務期間は、連続した期間ではなくても差し支えない。
 - (3) 第 1 類医薬品を販売する店舗の店舗管理者を登録販売者とする場合、要指導医薬品若しくは第 1 類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間を記入すること。
- 9 業務の従事期間が 2 年以上である登録販売者について証明する場合は、「2 業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にチェック」と読み替える。

勤務状況報告書

年 月 日

新潟市保健所長 殿

薬局開設者又は医薬品
販売業者の住所
(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

薬局開設者又は医薬品
販売業者の氏名
(法人にあつては、名
称及び代表者氏名)

下記の者の一般用医薬品販売に係る実務・業務経験について、下記のとおり報告します。なお、
本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

年 月 ～ 年 月 (過去5年間) の勤務状況

氏 名					
薬 局 又 は 店 舗 の 名 称					
従事期間 (1 か月単位)	従事日数	勤務時間	従事期間 (1 か月単位)	従事日数	勤務時間
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分

根拠としたもの： _____

※月の中日から翌月の前日までを1か月単位としてもよい。
※実務・業務従事証明書1枚ごとに対応する勤務状況報告書を添付すること。

上記内容について、事実と相違ありません。
(被実務・業務従事証明者) 氏名：

実務従事確認書（一般従事者用）

年 月 日

新潟市保健所長 殿

医薬品販売業者の住所
(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

医薬品販売業者の氏名
(法人にあつては、名)
称及び代表者氏名

連絡先電話番号

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏 名	生年月日： 年 月 日
住 所	〒
薬局又は店舗の名称及び許可番号	業態： 許可番号：
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	

1 実務期間 (年 月間)
年 月 ～ 年 月 (年 月間)

2 実務内容

(期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にチェック)

- ☐ 主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
- ☐ 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
- ☐ 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

3 実務時間 (該当する□にチェック)

- ☐ 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
- ☐ 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計160時間以上従事した。
- ☐ 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計 () 時間従事した。

4 研修の受講

(外部研修 (追加的な研修を含む。) の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(記載上の注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 医薬品販売業者の住所、氏名及び連絡先電話番号
 - (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載する。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載する。
 - (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載する。
- 5 薬局又は店舗の名称は、許可証のとおり記載する。ただし、配置販売業にあつては、記載を要しない。
- 6 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、配置販売業にあつては「新潟県一円」等と記載する。
- 7 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 8 実務期間
 - (1) 月単位で計算する。
 - (2) 実務期間は、連続した期間ではなくても差し支えない。

業務従事確認書（登録販売者用）

年 月 日

新潟市保健所長 殿

医薬品販売業者の住所
(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)
医薬品販売業者の氏名
(法人にあつては、名
称及び代表者氏名)

連絡先電話番号

以下のとおりであることを責任をもって確認しました。

氏 名	生年月日： 年 月 日
住 所	〒
販売従事登録年月日及び登録番号	
薬局又は店舗の名称及び許可番号	業態： 許可番号：
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	

1 業務期間 (年 月間)

年 月 ～ 年 月

業務期間のうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間 (年 月間) 年 月 ～ 年 月
業務期間のうち、店舗管理者又は区域管理者として店舗又は区域において業務に従事した期間 (年 月間) 年 月 ～ 年 月

2 業務内容

(期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にチェック)

- ☐主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
☐一般用医薬品の販売時の情報提供業務
☐一般用医薬品に関する相談対応業務
☐一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
☐一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
☐一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3 業務時間 (該当する□にチェック)

- ☐上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
☐上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計160時間以上従事した。
☐上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計 () 時間従事した。

4 研修の受講 (受講した外部研修 (追加的な研修を含む。) の年月日及び概要を記載)

(記載上の注意)

- 1 用紙の大きさは、A 4 とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきり書くこと。
- 3 この確認内容に関する勤務簿の写し、研修修了証の写し等を添付する。
- 4 医薬品販売業者の住所、氏名及び連絡先電話番号
 - (1) 個人開設の場合は、個人の住所及び氏名を記載する。法人開設の場合は、登記された主たる事務所の所在地及び商号並びに代表取締役氏名を記載する。
 - (2) 連絡先電話番号は、日中つながる会社等の電話番号を記載する。
- 5 薬局又は店舗の名称は、許可証のとおり記載する。ただし、配置販売業にあつては、記載を要しない。
- 6 薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域は、配置販売業にあつては「新潟県一円」等と記載する。
- 7 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 8 業務期間
 - (1) 月単位で計算する。
 - (2) 業務期間は、連続した期間ではなくても差し支えない。
 - (3) 第 1 類医薬品を販売する店舗の店舗管理者を登録販売者とする場合、要指導医薬品若しくは第 1 類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間を記入すること。
- 9 業務の従事期間が 2 年以上である登録販売者について証明する場合は、「2 業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にチェック」と読み替える。

勤務状況報告書

年 月 日

新潟市保健所長 殿

医薬品販売業者の住所
(法人にあつては、主
たる事務所の所在地)

医薬品販売業者の氏名
(法人にあつては、名
称及び代表者氏名)

下記の者の一般用医薬品販売に係る実務・業務経験について、下記のとおり報告します。なお、
本証明に係る根拠については、求めがあれば提供いたします。

年 月 ～ 年 月の勤務状況

氏 名					
薬 局 又 は 店 舗 の 名 称					
従事期間（１か月単位）	従事日数	勤務時間	従事期間（１か月単位）	従事日数	勤務時間
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分
年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分	年 月 日 ～ 月 日	日間	時間 分

根拠としたもの： _____

※月の中日から翌月の前日までを１か月単位としてもよい。
※実務・業務従事確認書１枚ごとに対応する勤務状況報告書を添付すること。

上記内容について、事実と相違ありません。
(被実務・業務従事証明者) 氏名：