

## 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、A 4 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 9 1 条第 1 項若しくは第 2 項、第 9 1 条の 2 又は第 1 1 4 条の 5 3 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 8 6 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 1 1 4 条の 4 9 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 1 5 4 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 1 6 2 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 1 7 5 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 1 9 6 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 1 1 4、様式第 1 1 4 の 2 又は様式第 1 1 4 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 7 4 条第 1 項、令 7 4 条の 2 第 1 項又は令 7 4 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2】薬剤師又は登録販売者の一覧表

薬局（店舗）名称：\_\_\_\_\_

1 管理者 \* 該当する□にチェック☑してください。変更の有無欄は、変更があった者に☑してください。

	□申請時・□変更前	変更後	変更の有無
氏 名			☐
住 所			
週当たり勤務時間数	時間	時間	
資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	

2 その他の薬剤師又は登録販売者

		□申請時・□変更前	変更後	変更の有無
1	氏 名			☐
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	
2	氏 名			☐
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	
3	氏 名			☐
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	

その他の薬剤師又は登録販売者

		□申請時・□変更前	変更後	変更の有 無
4	氏 名			□
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	
5	氏 名			□
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	
6	氏 名			□
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	
7	氏 名			□
	住 所			
	週当たり勤務時間数	時間	時間	
	資 格 者 種 別	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	<input type="checkbox"/> 薬剤師（調剤・販売） <input type="checkbox"/> 登録販売者	
	薬剤師名簿（販売従事）登録番号	第 号	第 号	
	薬剤師名簿（販売従事）登録年月日	年 月 日	年 月 日	

< 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]

[illegible]

注) 営業時間等及び薬剤師・登録販売者の勤務時間について、塗りつぶすか、線を引いて、何時から何時まで営業・勤務しているかわかるように記載してください。

備考	
----	--

開店時間の 1 週間の総和	時間
要指導医薬品又は一般医薬品を販売する開店時間の 1 週間の総和	時間

種 別	氏 名	週当たりの勤務時間
管理者(薬剤師 ・ 登録販売者)		時間
薬剤師 ・ 登録販売者 (研修中・該当なし)※		時間
薬剤師 ・ 登録販売者 (研修中・該当なし)※		時間
薬剤師 ・ 登録販売者 (研修中・該当なし)※		時間
薬剤師 ・ 登録販売者 (研修中・該当なし)※		時間
薬剤師 ・ 登録販売者 (研修中・該当なし)※		時間

※ 勤務者が登録職元者の場合、その登録職元者が実務等の従事期間要件を満たしていないときは「研修中」に○を、実務等の従事期間要件を満たすときは「該当なし」に○をつけてください。