

管理者以外薬剤師、登録販売者の交代・増員・減員の場合

変更届書

業 務 等 の 種 別		薬局又は店舗販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		新市第〇〇号 〇〇〇〇年〇月〇日(許可有効期間開始日を記入)	
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	〇〇〇薬局	
	所 在 地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 新潟市〇〇区〇〇△丁目△番△号	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	その他の薬剤師 又は その他の登録販売者	保健 一郎	新潟 花子 第.....号 〇〇〇〇年〇月〇日
変 更 年 月 日		〇〇〇〇年〇〇月〇〇日	
備 考		変更する方のみでなく、変更前、変更後のその他の薬剤師、登録販売者全員を記入してください。複数名で書ききれない場合は「参考様式2のとおり」と記載し、参考様式2を添付してください。	
		新しく従事する方の薬剤師免許証又は販売従事登録証の登録番号及び登録年月日を記入。	
		担当者氏名： 〇〇 △△ 電話：〇〇〇-〇〇〇〇	

上記により、変更の届出をします。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

法人の場合は、登記事項証明書のとおり
に記入してください

住 所
(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇△丁目△番△号

氏 名
(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

〇〇〇株式会社
代表取締役 〇〇 △△

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2】薬剤師又は登録販売者の一覧表

薬局（店舗）名称： ○○○薬局

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	新潟 太郎	新潟 太郎	☐
住 所	新潟市○区○○△丁目○番○号	新潟市○区○○△丁目○番○号	
週当たり勤務時間数	40時間	40時間	
資格者種別	☑薬剤師(調剤・販売) □登録販売者	☑薬剤師(調剤・販売) □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	保健 一郎	新潟 花子	☑
	住 所	新潟市□□区△○丁目○番○号	新潟市△区○○○丁目○番○号	
	週当たり勤務時間数	30時間	24時間	
	資格者種別	☑薬剤師(調剤・販売) □登録販売者	☑薬剤師(調剤・販売) □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	新潟 二郎	新潟 二郎	☐
	住 所	新潟市□区○○△丁目○番○号	新潟市□区○○△丁目○番○号	
	週当たり勤務時間数	40時間	40時間	
	資格者種別	□薬剤師(調剤・販売) ☑登録販売者	□薬剤師(調剤・販売) ☑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	□薬剤師(調剤・販売) □登録販売者	□薬剤師(調剤・販売) □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		新潟 花子
就業場所	名 称	〇〇〇薬局
	所在地	新潟市△区〇〇〇丁目〇番〇号
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 checked="" 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		月曜日から金曜日 午前9時から午後6時 土曜日 午前9時から午後1時
薬局又は店舗の 営業日及び営業時間		月曜日から金曜日 午前9時から午後6時 土曜日 午前9時から午後1時
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。

〇〇〇〇年〇〇月〇〇日

雇用者 住 所 〇〇〇〇〇〇〇△丁目△番△号

氏 名 〇〇〇株式会社
代表取締役 〇〇 △△

被用者 住 所 新潟市△区〇〇〇丁目〇番〇号

氏 名 新潟 花子

（記載上の注意）

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

薬局又は店舗の名称: ○○○薬局

[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。

開店時間の 1 週間の総和	44 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	44 時間

※ 勤務名が登録販売名の場合、その登録販売名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。