

変更届書（管理者及び資格者）

（宛先）  
広島市保健所長

〒 電話

住所

氏名

（法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

次のとおり、変更の届出をします。

|                                      |       |                                                                                                                                                                                                                                                 |       |              |       |              |  |
|--------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------|-------|--------------|--|
| 業 務 等 の 種 別<br>(該当する項目に☑してください。)     |       | <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製造業 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 卸売販売業<br><input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業又は貸与業 <input type="checkbox"/> 管理医療機器販売業又は貸与業 |       |              |       |              |  |
| 許 可 番 号 及 び 年 月 日<br>(業 種 ご と に 記 載) |       | (有効期間開始日)<br>業種： 許可番号 第 号 年 月 日<br>業種： 許可番号 第 号 年 月 日                                                                                                                                                                                           |       |              |       |              |  |
| 薬局、製造所、<br>店舗又は営業所                   | 名 称   |                                                                                                                                                                                                                                                 |       |              |       |              |  |
|                                      | 所 在 地 | 〒 (電話) (FAX)<br>(e-mail)<br>広島市 区                                                                                                                                                                                                               |       |              |       |              |  |
| 変 更 内 容                              |       | 事 項                                                                                                                                                                                                                                             | 変 更 前 | 適当りの<br>勤務時間 | 変 更 後 | 適当りの<br>勤務時間 |  |
|                                      |       |                                                                                                                                                                                                                                                 |       |              |       |              |  |
| 変 更 年 月 日                            |       | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                           |       |              |       |              |  |
| 備 考                                  |       |                                                                                                                                                                                                                                                 |       |              |       |              |  |
| 担 当 者 所 属 ・ 氏 名 等                    |       | (電話)                                                                                                                                                                                                                                            |       |              |       |              |  |

- ※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します（承諾されない方はお申し出ください。）。
- （注意）
- 許可番号及び年月日欄には、業種ごとに許可番号及び年月日を記載してください。  
なお、管理医療機器の販売業又は貸与業にあっては、その届出を行った年月日を記載してください。
  - 管理者の変更がある場合は、変更後欄に以下のことを付記してください。
    - 変更後の管理者の住所
    - 変更後の管理者が薬剤師又は登録販売者である場合：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並びに薬局又は店舗管理者の場合は過当たり勤務時間数
    - 店舗販売業医薬品営業所管理者が薬剤師以外の者に変更する場合：第154条各号の該当号数
    - 高度管理医療機器等営業所管理者の変更の場合：第162条第1項各号又は第2項各号の該当号数
    - 管理医療機器営業所管理者の変更の場合：第175条第1項各号の該当号数
  - 管理者以外の薬剤師又は登録販売者に変更があった場合のうち、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っ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並びに過当たりの勤務時間数を変更後欄に付記してください。
  - 現に薬事に関する実務に従事する薬剤師又は登録販売者の過当たりの勤務時間数を変更した場合、変更後の過当たり勤務時間数を変更後欄に付記してください。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印

|      |     |      |    |
|------|-----|------|----|
| (受付) |     | (伺い) |    |
| 係    | 専門員 | 係    | 係長 |