

様式第六

変 更 届 書

業 務 の 種 別			
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第 号 ・ 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		
内 変 容 更	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		平成 年 月 日	
備 考		①省略書類【有（下記※のとおり）・無】 （※登記事項証明書・組織規定図・資格を証する書類・使用関係を証する書類は、平成 年 月、許可番号に係る許可申請・変更届に添付済みのため省略）	

上記により、変更の届出をします。

平成 年 月 日

住 所
 法人にあっては、主たる事務所の所在地

氏 名
 法人にあっては、名称及び代表者の氏名

年 月 日生

印

TEL () -

奈良県知事

殿

診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年 齡	才
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい）</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p style="text-align: center;">（ 専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載して下さい。（注1））</p> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。</p>			
診断年月日	平成 年 月 日		
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p style="text-align: center;">T e l () (注2)</p> <p>医師の氏名 印</p>			

（記載上の注意）

- 1 精神機能の障害の程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。
- 2 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

組織規定図

当社の組織規定図は、上記のとおりであり、当該許可に係る業務を行う役員は、

の者であることを証明します。

平成 年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

印

奈良県知事 殿

(記載上の注意)

- ・登記事項証明書に記載されている取締役役員全員を記載し、代表取締役及び当該申請に係る業務を担当する役員については、でその役職及び氏名を囲み明示すること。
- ・登記された法人代表者印を押印すること。

【共通様式6】

誓約書

私は、下記の者が医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第5条第3号イ～へに該当しないことを誓約します。

平成 年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

印

奈良県知事 殿

記

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

(記載上の注意)

- 1 当該申請店舗において実地に業務を行う役員については、この誓約書を提出しても無効であり、診断書が必要である。
- 2 登記された法人代表者印を押印すること。

【共通様式7】

使用関係を証する書類

事業主 住所

氏名

印

従事者 住所

氏名

印

1 期間 平成 年 月 日から

2 勤務方法

① 時間 時 分から 時 分まで

② 休日

3 給与 月額 時給 円

4 業務 薬局管理者 ・ 店舗管理者（薬剤師 ・ 登録販売者）

営業所管理者（薬剤師 ・ 薬剤師以外の者）

区域管理者（薬剤師 ・ 登録販売者）

医療機器営業所管理者 ・ 毒物劇物取扱責任者

その他の薬剤師 ・ その他の登録販売者

5 その他

平成 年 月 日

（記載上の注意）

1 法人にあつては、登記された法人代表者印を押印すること。

業務従事証明書

捨印

年 月 日

奈良県知事 殿

薬局開設者又は医薬品販売業者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

(連絡先電話番号:

管理者氏名

(薬剤師・登録販売者)

㊟

)

㊟

下記の者の業務は、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、店舗又は配置販売業の名称	
許可番号及び年月日	
薬局若しくは店舗の所在地 又は配置販売業の区域	
備考	

1. 実務期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (年 月間)

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
平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (年 月間)

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□にレを記入)

- 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□にレ点を記入)

上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

4. 研修の受講(受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書く。
- 3 この証明に関する勤務簿の写しまたはこれに準ずるものを添付する。
- 4 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□にレを記入と読み替える。
- 5 業種が配置販売業の場合は、勤務店舗等の所在地は「(都道府県名) 一円」と記載すること。

実務従事証明書

捨印

年 月 日

奈良県知事 殿

薬局開設者又は医薬品販売業者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

印

(連絡先電話番号:

)

管理者氏名

印

(薬剤師・登録販売者)

下記の者の実務は、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、店舗又は配置販売業の名称	
許可番号及び年月日	
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	
備 考	

1. 実務期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (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□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の実務
- 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□にレ点を記入)

- 上記1の期間の全ての月にわたり、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。

4. 研修の受講(受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 1 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で明瞭に書く。
- 3 この証明に関する勤務簿の写しまたはこれに準ずるものを添付する。
- 4 業種が配置販売業の場合は、勤務店舗等の所在地は「(都道府県名) 一円」と記載すること。

勤務状況報告書

平成 年 月 日

奈良県知事 殿

薬局開設者又は医薬品販売業者

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）

印

氏名	(生年月日 年 月 日)
----	--------------

上記の者の勤務状況について、下記の通り報告します。
なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提出します。

平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日分（過去5年間）の勤務状況

従事期間（1ヶ月単位）	従事 日数	勤務時間	従事期間（1ヶ月単位）	従事 日数	勤務時間
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分
平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分	平成 年 月 日 ~ 月 日	日間	時間 分

根拠とした書類（該当する項目に○を付けてください。）

勤務簿写し ・ 出勤簿 ・ タイムカード ・ 賃金台帳

その他（※具体的に記載してください）

※月の中日から翌月の前日までを1ヶ月単位としてもよい。

※証明書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

※本報告書に虚偽があった場合、および報告書の確認のため根拠としたものの提出を求めた際に、提出できない場合は、証明書が無効となりますので注意してください。