

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

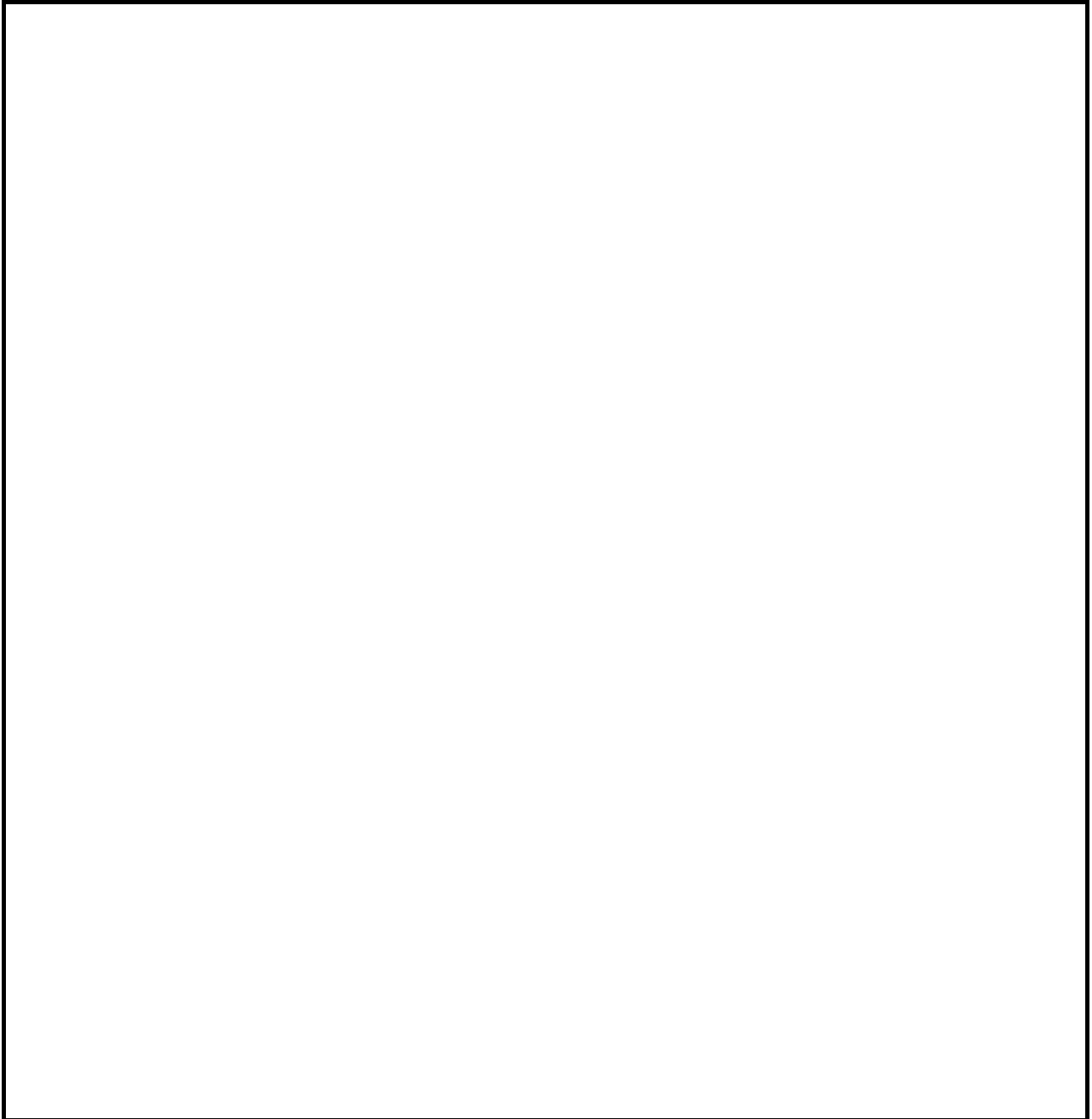
印

TEL ( ) -

奈良県知事

殿

店 舗 平 面 図

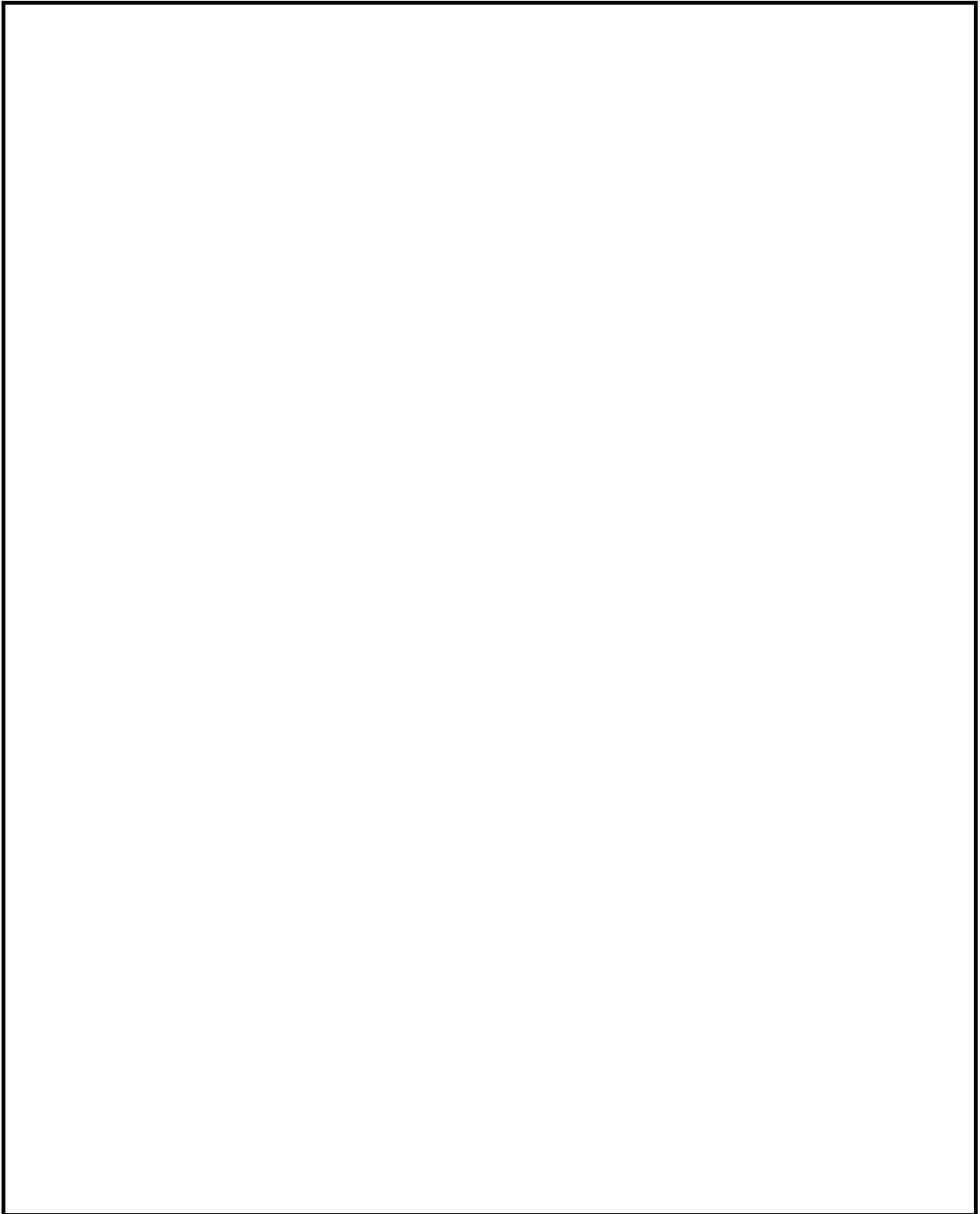


【設 備】	1. 採 光	蛍光灯	W	個、電 灯	W	個
	2. 鍵の設備	縦	cm × 横	cm × 奥行	cm	
	3. 冷 暗 所	縦	cm × 横	cm × 奥行	cm	
	4. 毒物劇物貯蔵設備の構造	材質				
		縦	cm × 横	cm × 奥行	cm	

(記載上の注意)

- 1 申請店舗について、調剤室、医薬品・医療機器・毒物劇物等、当該店舗で取り扱う商品の陳列保管場所、施錠箇所、冷暗保存設備の設置位置を明示すること。  
なお調剤室内は、冷暗貯蔵設備、調剤台、毒薬庫、給排水設備等必要な設備を記入すること。
- 2 面積算定ができるよう、内のり寸法をメートル単位で記入する。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A 4 又は A 3 の用紙とすること。

## 店舗敷地内の建物の配置図



### （記載上の注意）

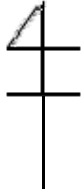
- 1 店舗と同一敷地内にある全ての建物（住居、店舗等）、敷地に接する公道、駐車場及び方角を記入すること。  
（例：店舗が建物の一画の場合は、その建物全体の見取図を書くこと。）
- 2 建物が高層の場合は、店舗の所在階数を明記し、同一フロアについて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A4又はA3の用紙とすること。

【共通様式3】

店舗の所在地略図（付近見取図）

所在地	
店舗の電話番号	( ) —
その他の連絡方法	

N



（記載上の注意）

- 1 最寄り駅、幹線道路等からの詳細な経路が分かるよう記入すること。
- 2 店舗駐車場がある場合は、併せて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A 4 又はA 3 の用紙とすること。

## 診 断 書

氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年 齢	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>（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。