

変 更 届 書

業 務 の 種 別		薬局・一般販売業・薬種商・配置販売業・特例販売業 高度管理医療機器販売賃貸業など 該当業種を記載	
許可番号及び年月日		第 A08888 号・平成15年4月1日 ↑ 許可番号は許可証の左上に記載の記号及び数字を、 許可年月日は有効期間の開始日を記載して下さい。	
薬局、製造 又は店舗	名 称 所 在 地	} 変更した場合は、変更後の店舗名称を記載	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	※ 記載例は別紙参照		
変 更 年 月 日		年 月 日 ←	変更の事実が生じた日
備 考		<ul style="list-style-type: none"> <li>添付書類を省略した場合には、省略書類名を記載。</li> <li>業務担当役員が新たに就任した場合は、“新役員は法第5条1項3号イ～ハに該当せず、またニの成年被後見人に該当しない”旨を記載し、共通様式4(診断書)を添付。 ※詳細は、別紙記入例を参照して下さい。</li> </ul>	

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

↑

諸事情で、変更後30日を越えて提出する場合は  
遅延理由書の添付が  
必要です。

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)

法人の場合は、登記された  
法人代表者印

変更があった場合は、  
変更後の内容を記載

印

TEL ( ) 年 月 日生

奈良県知事

殿

## 変更事項の記載例

別紙

### ① 薬剤師の変更（異動、退職、採用等による）

変更内容	事項	変更前	変更後
	薬剤師	○ ○ ○ ○ (管理) × × × × △ △ △ △	○ ○ ○ ○ (管理) × × × × △ △ △ △ □ □ □ □
備考		□□ □□の薬剤師免許証、共通様式7は、H17.5の@@薬局（A****号）に係る変更届に添付済みのため省略  [※次のように記載していただいても結構です] □□は@@薬局(A****号)より異動	

\* 現在の勤務されている薬剤師の確認もしますので管理薬剤師の方も含め全員の氏名記載をお願いします。  
 （枠内に記載できない場合、別紙のとおりと記載の上、別紙を添付して下さい）

### ② 営業者の改姓・改名（商号変更）、住所（法人所在地）の変更

変更内容	事項	変更前	変更後
	法人の主たる所在地	奈良市法蓮町757	奈良市登大路30
変更年月日		<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; display: inline-block;">             年 月 日           </div>	
備考			

登記年月日ではなく、事実の発生年月日を記載

### ③ 薬剤師・資格者の改姓や住所変更

変更内容	事項	変更前	変更後
	管理薬剤師の氏名及び住所	○ ○ △△ 奈良市法蓮町757	× × △△ 奈良市登大路30
備考		<b>改姓</b>	

\* 薬剤師の改姓・改名、本籍地都道府県名の変更は、薬剤師名簿訂正申請が必要ですので、別途手続きを行って下さい。

④ 構造設備の変更

変更内容	事項	変更前	変更後
	構造設備の変更	別紙①	別紙②

\* 別紙①、②として、変更前後の店舗平面図等を添付してください。

\* 薬局の場合は、開設許可申請で提出した【構造設備の概要】、【設備器具の一覧表】に変更を生じた場合は、これらの書類も併せて提出して下さい。

★ 変更内容によっては、**廃止・新規手続きや不備部分の改造措置が必要となる場合がありますので、必ず計画変更が可能な段階でFAX又は来庁により事前相談をお願いします。**

⑤ 業務役員の変更

変更内容	事項	変更前	変更後
	業務役員	〇〇 〇〇 (代表取締役) ×× ×× △△ △△	〇〇 〇〇 (代表取締役) ×× ×× △△ △△ □□ □□
	変更年月日	年 月 日	登記年月日ではなく、 事実発生年月日を記載
	備考	新役員は、薬事法第5条第1項第3号のイ～ハに該当せず、またこの成年被後見人でない。	



・新たな業務役員を生じた場合は、備考欄に上記のように記載し、診断書を添付して下さい。

※なお、新たな業務役員が申請店舗で実務に従事しない場合については、共通様式6(誓約書)に法人登記印を押印の上、添付することで、備考欄への記載・診断書の添付は不要となります。

⑤ 営業日・営業時間の変更

変更内容	事項	変更前	変更後
	営業日・営業時間の変更	月～金：9:00～19:30 土：9:00～13:30 日、祝：休み	月～金：9:00～20:30 土：9:00～14:30 日、祝：休み
	備考		

\* 年末年始や、お盆などを除く通常の営業日時について記載して下さい。

⑥ 薬剤師不在時間の変更

変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	薬剤師不在時間	薬剤師不在時間 なし	薬剤師不在時間 あり

別紙チェックリストを添付して下さい。また、改訂済みの指針・手順書の写しを提示して下さい。