様式第六

変　更　届　書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種類 | | 薬局、医薬品販売業　　　　　　 許可番号 第 号・　　 年 月 日  薬局製剤製造業･製造販売業　 　許可番号 第　　 号・　　　　年　　月　　日  高度管理医療機器販売業･貸与業　許可番号 第　　 号・　　　　年　　月　　日 | | |
| 許可番号  及び年月日 | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、営業所又は店舗 | ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ  名称 | (電話　　　　　　　　　　 ) | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 変更内容 | 事　　項 | | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 |
|  | |  |  |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 備考 | | （店舗管理者）薬剤師・登録販売者（店舗管理者を補佐する薬剤師の設置あり・なし）  【薬事に関する業務に責任を有する役員の変更】  医薬品医療機器等法第５条第３号イからトに該当する者：  【添付書類の省略】  次の書類を下記の申請／届出に添付済みのため省略します。  ・履歴事項全部証明書（登記事項証明書）  ・資格を証明する書類　　　　　　　　　　・使用関係証明書  （許可番号：　　　　　　　　　　　店舗名称「　　　　　　　　　　」の  年　　月　　日に提出済みの申請／届出に添付済み）  管理者の前職歴： (　　　年　　月　　日退職・予定) | | |

上記により、変更の届出をします。

　　　　　年　　　月　　　日

住　　所　　〒

法人にあつては、主たる事業所の所在地

氏　　名

法人にあつては名称及び代表者の氏名

寝屋川市長　様

【連絡先】　担当者名：

　　　　　　　電話番号：