

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		
許 可 番 号	薬局製剤製造業・製造販売業 許可番号 第 号・ 年 月 日		
及 び 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		
薬局、主たる 機能を有する 事務所、製造所、営業所 又は店舗	フリガナ 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	<p>(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)</p> <p>【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：</p> <p>【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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>(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)</p> <p>管理者の前職歴： (年 月 日退職・予定)</p>		

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：