

様式第六（第十六条、第十六条の二、第十六条の三、第九十九条、第一百条、第一百四十四条の六十九、第一百四十四条の七十、第二百二十七条、第三百三十七条の六十五、第三百三十七条の六十六、第七百七十四条、第七百七十六条、第九百九十五条、第二百六十五条、第二百六十五条の二、第二百六十五条の三関係）

変更届書

業務等の種別		店舗販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第700000号 令和元年6月1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	〇〇ドラッグ	
	所在地	〒662-0855 西宮市江上町〇〇番〇〇号 TEL. 0798-〇〇-〇〇〇〇	
変更内容	事項	変更前	変更後
	店舗管理者	兵庫 花子	西宮 太郎
	その他の登録販売者 その他の登録販売者の週当たりの勤務時間数	別紙のとおり 別紙のとおり	別紙のとおり 別紙のとおり
変更年月日		令和3年8月1日	
備考	西宮太郎の薬剤師免許証は令和3年4月1日付届出の変更届書（第〇〇〇号、〇〇ドラッグ、西宮市六湛寺町〇〇番〇〇号）に添付のため、省略いたします。		
	研修中の登録販売者の勤務の有無： 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有の場合 （氏名： 従事期間： 年 月 日～ 年 月 日の通算 年 ヶ月） *該当する□にレ点を記入すること。 <input type="checkbox"/> 上記従事期間において、1か月に合計80時間以上業務又は実務に従事した。 <input type="checkbox"/> 上記従事期間において、合計（ ）時間業務又は実務に従事した。		

コメントの追加 [A1]: 許可の有効期間開始日を記載

コメントの追加 [A2]: 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施行規則第139条第6項を準用する規則第1条第6項に基づく省略規定

上記により、変更の届出をします。

令和3年 8月 2日

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

〒662-0855
西宮市江上町〇〇番〇〇号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇ドラッグ
代表取締役 〇〇 △△

〔連絡先〕 担当者名：西宮 太郎
電話番号：0798-〇〇-〇〇〇〇

西宮市保健所長 様