

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、第三十七條の六十五、第三十七條の六十六、第七十四條、第七十六條、第九十五條、第二百六十五條、第二百六十五條の二、第二百六十五條の三関係）

変更届書

業務等の種別		薬局	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第810000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	〇〇薬局	
	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
	管理薬剤師	兵庫 花子	西宮 太郎
	その他の薬剤師 その他の薬剤師の週当たりの勤務時間数	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、〇〇薬局、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]: 薬局製剤製造業は「製造管理者」、薬局製剤製造販売業は「総括製造販売責任者」

コメントの追加 [A3]: 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（法人にあつては、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（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇薬局
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