

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第六

変更届書

薬局、店舗販売業、
卸売販売業等の種別

業 務 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 1-0000 号	令和00年00月00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	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	管理薬剤師 (週当たり勤務時間数)	氏名：鴨江花子 住所：浜松市〇〇区〇〇 〇-〇-〇 (〇号室) 勤務時間：40 時間/週	氏名：鴨江太郎 住所：浜松市〇〇区〇〇町 〇番地の〇 勤務時間：40 時間/週
変 更 年 月 日		令和00年00月00日	
備 考		(※薬剤師免許証の添付を省略する場合) 〇〇薬局（許可番号 1-0000）から異動のため省略	

現在の許可の有効期間の
開始日を記入する

管理薬剤師と
勤務薬剤師は
別々に分けて
記入する

以下の場合、薬剤師免許証は省略可能
① 同一店舗で勤務薬剤師として登録され
ていた者が、管理薬剤師になる場合
② 同一法人の他店舗からの異動の場合
※ただし、雇用形態が変更になるため、
雇用証書は添付すること。）

上記により、変更の届出をします。

〇〇年〇〇月〇〇日

変更後 30 日以内に提出する
※変更前の提出は不可
※30 日過ぎてしまったら
遅延理由書が必要

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇薬局
代表取締役 〇〇〇〇

（あて先）浜松市保健所長

【添付書類】 1. 薬剤師免許証（原本とコピー） 2. 雇用関係を証する書類

※管理者兼務許可を受けている場合は廃止の届出を行う

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第六

変更届書

薬局、店舗販売業、
卸売販売業等の種別

業 務 の 種 別		薬局	
許 可 番 号 及 び 年 月 日		第 1 - 〇〇〇 号 令和〇〇年〇〇月〇〇日	
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	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	勤務薬剤師の （週当たり勤務時間数）	鴨江太郎（４０時間/週）	鴨江太郎（４０時間/週） 鴨江次郎（４０時間/週）
	登録販売者の氏名 （週当たり勤務時間数）	中 花子（１０時間/週）	東 花子（１０時間/週） 東 一郎（２０時間/週）
変 更 年 月 日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
備 考		人数が多いときは 「別紙のとおり」と記入して 別紙を添付する。	

上記により、変更の届出をします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

変更後 30 日以内に提出する
※変更前の提出は不可
※30 日過ぎてしまったら
遅延理由書が必要

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇薬局
代表取締役 〇〇〇〇

（あて先）浜松市保健所長

【添付書類】※勤務薬剤師等が増えた場合

1. 薬剤師免許証、販売従事登録証（原本とコピー） 2. 雇用関係を証する書類