

様式第六（第十六条、第十六条の二、第九十九条、第一百条、第二百二十七条、第二百五十九条の十九から第二百五十九条の二十二まで、第七十四條、第七十六條、第九十五條、第二百六十五條關係）

変 更 届 書

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 〇〇-×× 号	令和〇年×月△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	××薬局 〇〇店	
	所 在 地	小樽市××〇丁目△番×号 〇〇ビル〇〇階	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更
	薬事に関する業務に責任を有する役員	代表取締役△△□□ 取締役△△◎◎	代表取締役〇〇×× 取締役△△◎◎
変 更 年 月 日		令和××年××月××日	
備 考		【薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合】 変更後の役員が、医薬品医療機器等法第5条第3項イからトに該当するかについて、いずれかに○を記入してください。 ・該当あり（イ・ロ・ハ・ニ・ホ・ヘ・ト） ・ <u>該当なし</u>	

許可の有効期間の始期を記載
(許可の証明年月日ではない)

名称・所在地は、許可証に記載されているとおりに正確に記載

上記により、変更の届出をします。

令和××年××月×△日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

東京都××区〇〇-△-△

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社××薬局
代表取締役 〇〇××

小樽市保健所長 様

連絡先: 電話 〇〇〇×-××-×〇×〇

担当者 〇〇××

担当者のお名前と連絡先電話番号を必ず記載してください