

様式第六（第十六条、第十六条の二、第九十九条、第百条、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、第二百六十五條関係）

## 変 更 届 書

業 務 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 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	××ドラッグ 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 後
	その他の従事者の変更	別紙	別紙
変 更 年 月 日	令和 7年 1月 30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正確に記載

従事者の増減時は別紙に記載し従事者一覧を添付

上記により、変更の届出をします。

令和 7年 2月 3日

住 働 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××ドラッグ  
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