

記 載 例

様式第六

捨印

変 更 届 書

業 務 の 種 別	配置販売業		
許 可 番 号 及 び 年 月 日	第 F○○○○○号 ○○年○月○日		
許可年月日は有効期間の始めの日付を記載して下さい。			
薬局、製造 所、営業所 又は店舗	名 称	○○○○	
	所在地	○○県一円	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	※記載例は別紙参照		
変 更 年 月 日	年 月 日		
変更の事実が生じた日			
備 考			

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

届出日を記載して下さい。
諸事情で届出期日を超えて提出する場合は、遅延理由書の添付が必要です。

住 所
〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕

氏 名
〔法人にあっては、名称及び代表者の氏名〕

法人の場合は登記された本社の所在地、名称及び代表者の氏名を記載して下さい。
変更があった場合は、変更後の内容を記載して下さい。

TEL () 年 月 日生

奈良県知事

殿

法人の場合は登記された代表者の印鑑を押して下さい。

印

変更事項の記載例

別紙

① 販売業者の氏名（名称）の変更

変更内容	事項	変更前	変更後
		販売業者の名称	株式会社 ○○
変更年月日		年 月 日	



登記年月日ではなく、事実の発生日を記載

② 販売業者の住所の変更

変更内容	事項	変更前	変更後
		法人の主たる事務所の所在地	奈良市法蓮町 7 5 7
変更年月日		年 月 日	



登記年月日ではなく、事実の発生日を記載

③ 業務を行う役員の変更

変更内容	事項	変更前	変更後
		業務役員	○○ ○○（代表取締役） ×× ×× △△ △△
変更年月日		年 月 日	← 登記年月日ではなく、事実の発生日を記載
備考		新役員は、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第5条第1項第3号のイ～へのいずれにも該当しない。	



新たな業務役員を生じた場合は、備考欄に上記のように記載するか、この内容を誓約書として、法人登記印を押印の上、添付して下さい。

④ 薬剤師・登録販売者等の有資格者の変更（異動、退職、採用等による）

	事項	変更前	変更後
変更内容	薬剤師	〇〇 〇〇（区域管理者） ×× ××	〇〇 〇〇（区域管理者） ×× ×× △△ △△
	※区域管理者を含め、変更前後の有資格者全員の氏名を記載するか、「別紙のとおり」と記載し、別紙（勤務表でも可）を添付して下さい。		

⑤ 薬剤師・登録販売者等の有資格者の氏名変更

	事項	変更前	変更後
変更内容	薬剤師の氏名	（変更前の氏名）	（変更後の氏名）
	変更年月日	年 月 日	← 事実の発生年月日を記載

- * 薬剤師の氏名（改姓等）・本籍地都道府県名の変更は、別途、名簿訂正申請が必要です。
- * 登録販売者の氏名（改姓等）・本籍地都道府県名の変更は、別途、登録事項変更届が必要です。
- * 薬剤師免許証、販売従事登録証は、別途申請により書換できます（有料）。

⑥ 区域管理者の住所変更

	事項	変更前	変更後
変更内容	区域管理者の住所	奈良市法蓮町 7 5 7	奈良市登大路町 3 0
	変更年月日	年 月 日	← 事実の発生年月日を記載

⑦ 薬剤師・登録販売者の週当たりの勤務時間数の変更

	事項	変更前	変更後
変更内容	薬剤師の週当たりの勤務時間数	勤務表①	勤務表②
	※週当たりの勤務時間数の変更の場合は、上記のように記載し、変更前後の勤務表を添付して下さい。		

⑧ 営業日・営業時間の変更

	事項	変更前	変更後
変更内容	営業日・営業時間	月～金：9:00～19:30 土：9:00～13:30 日・祝：休み	月～金：9:00～20:30 土：9:00～14:30 日・祝：休み

* 年末年始や、お盆などを除く通常の営業日時について記載して下さい。
また、休業日についても記載して下さい。

他の申請・届出の添付書類として薬務課に提出済みであって、発行後3ヶ月以内の場合、省略可能です。

診 断 書

氏 名	申請者（法人にあっては業務担当役員）について記載			男・女
生年月日	年 月 日	年 齢	才	
<p>上記の者について、下記のとおり診断します。</p> <p>1. 精神機能の障害（□にチェックを付けて下さい）</p> <p><input type="checkbox"/> 明らかに該当なし</p> <p><input type="checkbox"/> 専門家による判断が必要</p> <p>（専門家による判断が必要な場合において、診断名及び現に受けている治療の内容並びに現在の状況（できるだけ具体的に記載して下さい。（注1））</p> <p>法人の業務担当役員については、当該申請店舗で業務に従事しない場合に限り、法人代表者による誓約書（共通様式6）の提出に代えても結構です。</p> <p>2. 麻薬、大麻、あへん若しくは覚せい剤の中毒者でない。</p>				
診断年月日	年 月 日			
<p>病院、診療所又は介護老人保健施設等の</p> <p>名 称</p> <p>所在地</p> <p>T e l () (注2)</p> <p>医師の氏名 印</p>				

（記載上の注意）

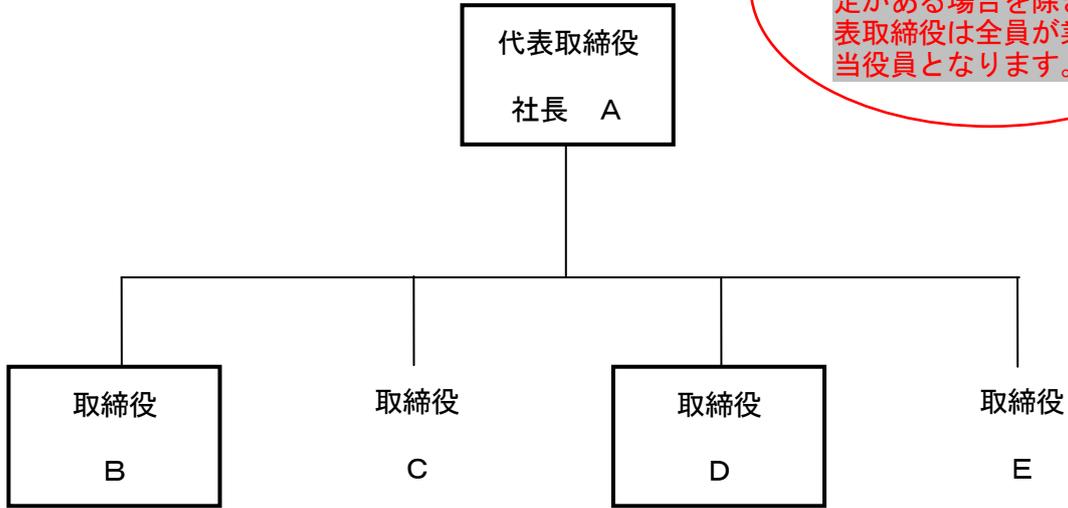
- 1 精神機能の障害の程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。
- 2 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

【共通様式5】

組織規定図

他の申請・届出の添付書類として直近3ヶ月以内に薬務課に提出済みであって、その内容に変更がない場合、省略可能です。

薬事業務を担当する役員を太枠で囲んで下さい。定款に業務担当役員の規定がある場合を除き、代表取締役は全員が業務担当役員となります。



当社の組織規定図は、上記のとおりであり、当該許可に係る業務を行う役員は、

の者であることを証明します。

年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の名称及び代表者の氏名

法人の登記された代表者の印鑑を押して下さい。

印

奈良県知事 殿

(記載上の注意)

- ・ 登記事項証明書に記載されている取締役役員全員を記載し、代表取締役及び当該申請に係る業務を担当する役員については、でその役職及び氏名を囲み明示すること。
- ・ 登記された法人代表者印を押印すること。

誓約書

他の申請・届出の添付書類として直近3ヶ月以内に薬務課に提出済みであって、その内容に変更がない場合、省略可能です。

申請店舗で業務に従事しない業務役員について、診断書に代えて誓約書を提出する場合のみ使用します。

私は、下記の者が医薬品、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（昭和35年法律第145号）第5条第3号イ～へに該当しないことを誓約します。

年 月 日

法人の主たる事務所の所在地

法人の登記された代表者の印鑑を押して下さい。

法人の名称及び代表者の氏名

印

奈良県知事 殿

記

業務役員の住所



組織規定図で□を付した業務担当役員について必要事項を記載。但し、当該店舗で業務に従事する役員については、診断書が必要です。

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所



住所は定款に記載された内容と整合していること。

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

業務役員の住所

業務役員の氏名

(生年月日 年 月 日生)

(記載上の注意)

- 1 当該申請店舗において実地に業務を行う役員については、この誓約書を提出しても無効であり、診断書が必要である。
- 2 登記された法人代表者印を押印すること。

【共通様式7】

使用関係を証する書類

既に他の申請・届出の添付書類として薬務課に提出済みであって、その内容に変更がない場合は省略可能です。

事業主 住所 法人の場合は、登記された代表印を押印して下さい。
氏名 印

従事者 住所
氏名 印

1 期間 年 月 日から 現地調査日以前が望ましい

2 勤務方法
① 時間 9時30分から 22時30分まで 労働基準法等に抵触しないか予め確認して下さい。
(シフト制 月 40時間勤務)

② 休日
3 給与 月額 時給 1,700円 月額又は時給を○で囲む
土日・20時以降は時給2,000円

4 業務 薬局管理者 ・ 店舗管理者 (薬剤師 ・ 登録販売者)
営業所管理者 (薬剤師 ・ 薬剤師以外の者)
区域管理者 (薬剤師 ・ 登録販売者)
医療機器営業所管理者 ・ 毒物劇物取扱責任者
その他の薬剤師 ・ その他の登録販売者

5 その他 担当する業務を○で囲む 兼務も可能

年 月 日

【勤務方法について】

- ・勤務時間が固定の場合はその時間帯を記載して下さい。
- ・店舗の営業時間が長く、従事者がシフト制で勤務する場合は、勤務する可能性のある時間帯を記載し、下段に()でシフト制である旨、及び週あたりの勤務時間を記載して下さい。
- ・店舗管理者、営業所管理者は、常勤で、かつ1週間あたりの勤務時間が32時間以上確保されていることが必要です。

業務従事証明書

年 月 日

薬務 太郎 殿
(従事者の氏名)

※法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押し
てください。店長印や個人印の押印は、不可。

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

奈良市法蓮町〇〇

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 代表取締役 平城 遷都

印

以下のとおりであることを証明します。

氏名	薬務 太郎 (生年月日 昭和60年12月24日)
住所	〒630-8501 奈良市登大路町30番地 〇〇ハイツ301
販売従事登録年月日 及び登録番号	平成25年1月1日 29-00-00000
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇薬局 第A00000号
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	奈良市法蓮町〇△-△ (配置販売業の場合は、「〇〇県一円」と記載)

1. 業務期間 (2年 0月間)

平成25年1月 ~ 平成27年6月

(このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において
業務に従事した期間 (2年 0月間)
平成25年1月 ~ 平成27年6月)

2. 業務内容（期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入）

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
- 一般用医薬品の販売時の情報提供業務
- 一般用医薬品に関する相談対応業務
- 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
- 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
- 一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

内容を確認し該当する□にレを記入

3. 業務時間（該当する□にレ点を記入）

上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。

上記1の期間において、上記2の業務に従事し、通算して合計（ ）時間従事した。

4. 研修の受講（受講した外部研修の年月日及び概要を記載）

平成27年4月1日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修（6時間）

平成27年4月2日 △△研修 一般用医薬品の知識に関する研修（6時間）

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とする。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- 3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 6 業務の従事期間が2年以上である登録販売者について証明する場合は、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。

実務従事証明書

薬務 太郎 殿
(従事者の氏名)

※法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押し
てください。店長印や個人印の押印は、不可。

年 月 日

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)

奈良市法蓮町〇〇

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 代表取締役 平城 遷都 印

以下のとおりであることを証明します。

氏名	薬務 太郎 (生年月日 昭和60年12月24日)
住所	〒630-8501 奈良市登大路町30番地 〇〇ハイツ301
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	〇〇薬局 第A00000号
薬局若しくは店舗 の所在地又は配置 販売業の区域	奈良市法蓮町〇△-△ (配置販売業の場合は、「〇〇県一円」と記載してください。)

1. 実務期間 (2年 0月間)

平成25年1月 ~ 平成27年6月

2. 実務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入)

主に一般用医薬品の販売等の直接の実務

一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務

一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務

一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務

一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務

一般用医薬品の陳列や広告に関する実務

内容を確認し該当する□にレを記入

3. 実務時間 (該当する□にレ点を記入)

上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。

上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計 () 時間従事した。

4. 研修の受講 (外部研修の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

平成27年4月1日 〇〇研修 登録販売者の関係法規に関する研修 (6時間)

平成27年4月2日 △△研修 一般用医薬品の知識に関する研修 (6時間)

(注意)

1 用紙の大きさは、A4とする。

2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。

3 この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。

4 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。

5 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。

勤務状況報告書

※法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押してください。
店長印や個人印の押印は、不可。

薬務 太郎 殿

(従事者の氏名)

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

奈良市法蓮町〇〇

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇 代表取締役 平城 遷都 印

氏 名	薬務 太郎	(生年月日 昭和60年 12月 24日)
-----	-------	----------------------

上記の者の勤務状況について、下記の通り報告します。

なお、本証明に係る根拠については、求めがあれば提出します。

平成 25年 1月 15日 ~ 平成 27年 6月 14日分（過去5年間）の勤務状況

従事期間（1ヶ月単位）	従事日数	勤務時間	従事期間（1ヶ月単位）	従事日数	勤務時間
平成 25年 1月 15日 ~ 2月 14日	21日間	89時間 45分	平成 26年 6月 15日 ~ 7月 14日	18日間	82時間 30分
平成 25年 2月 15日 ~ 3月 14日	18日間	82時間 50分	平成 26年 7月 15日 ~ 8月 14日	19日間	84時間 15分
平成 25年 3月 15日 ~ 4月 14日	19日間	84時間 15分	平成 26年 8月 15日 ~ 9月 14日	20日間	87時間 00分
平成 25年 4月 15日 ~ 5月 14日	20日間	87時間 00分	平成 26年 9月 15日 ~ 10月 14日	20日間	87時間 00分
平成 25年 5月 15日 ~ 6月 14日	17日間	82時間 00分	平成 26年 10月 15日 ~ 11月 14日	17日間	82時間 00分
平成 25年 6月 15日 ~ 7月 14日	16日間	81時間 00分	平成 26年 11月 15日 ~ 12月 14日	16日間	81時間 00分
平成 25年 7月 15日 ~ 8月 14日	21日間	89時間 45分	平成 26年 12月 15日 ~ 1月 14日	18日間	82時間 30分
平成 25年 8月 15日 ~ 9月 14日	18日間	82時間 30分	平成 27年 1月 15日 ~ 2月 14日	19日間	84時間 15分
平成 25年 9月 15日 ~ 10月 14日	19日間	84時間 15分	平成 27年 2月 15日 ~ 3月 14日	20日間	87時間 00分
平成 25年 10月 15日 ~ 11月 14日	20日間	87時間 00分	平成 27年 3月 15日 ~ 4月 14日	21日間	89時間 45分
平成 25年 11月 15日 ~ 12月 14日	17日間	82時間 00分	平成 27年 4月 15日 ~ 5月 14日	18日間	82時間 30分
平成 25年 12月 15日 ~ 1月 14日	16日間	81時間 00分	平成 27年 5月 15日 ~ 6月 14日	19日間	84時間 15分

根拠とした書類（該当する項目に○を付けてください。）

勤務簿写し ・ 出勤簿 ・ タイムカード ・ 賃金台帳

その他（※具体的に記載してください：

※月の中日から翌月の前日までを1ヶ月単位としてもよい。

※証明書1枚ごとに対応する期間の勤務状況報告書を添付すること。

※本報告書に虚偽があった場合、および報告書の確認のため根拠としたものの提出を求めた際に、提出できない場合は、証明書が無効となりますので注意してください