

記 載 例

様式第六

捨印

変 更 届 書

業 務 の 種 別	高度管理医療機器等販売業など、該当業種を記載		
許 可 番 号 及 び 年 月 日	第K〇〇〇〇〇〇号 ・ 平成〇〇年〇月〇日		
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	〇〇薬局	
	所在地	〇〇市〇〇 △-△-△	
許可証のとおりに記載して下さい。			
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	平 成	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。

平成 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 ○○	△△ 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

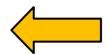
変更内容	事項	変更前	変更後
	法人の主たる事務所の所在地	奈良市法蓮町 7 5 7	奈良市登大路町 3 0
変更年月日		年 月 日	



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） ×× ×× △△ △△	○○ ○○（代表取締役） ×× ×× △△ △△ □□ □□
変更年月日		年 月 日	
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。	



登記年月日ではなく、事実の発生日を記載



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 営業所管理者の氏名変更

変更内容	事項	変更前	変更後
		営業所管理者の氏名	(変更前の氏名)
変更年月日		年 月 日	← 事実の発生年月日を記載

* 営業所管理者が薬剤師の場合、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。薬剤師免許証は、別途申請により書換できます（有料）。

⑤ 営業所管理者の住所変更

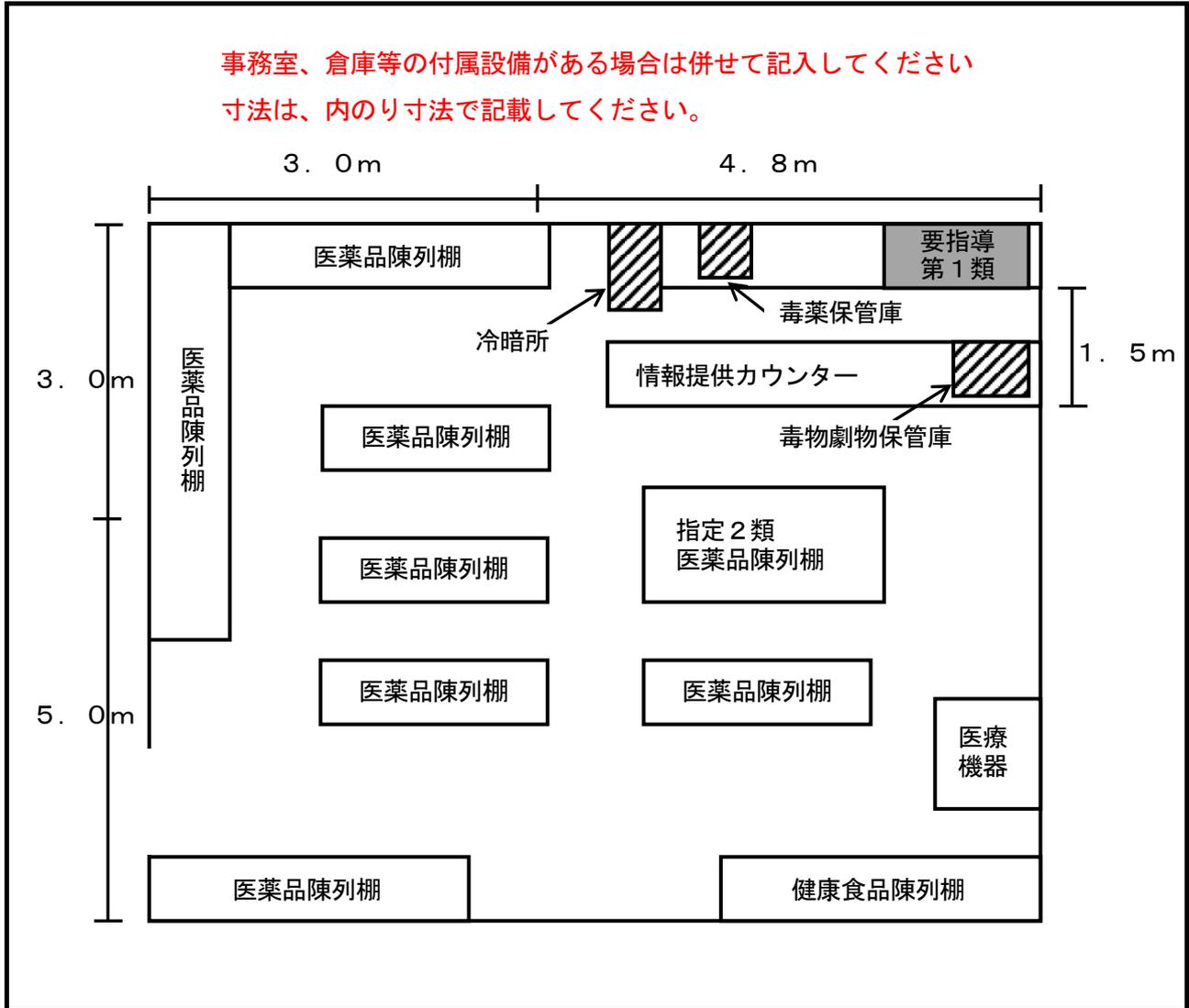
変更内容	事項	変更前	変更後
		営業所管理者の住所	奈良市法蓮町 7 5 7
変更年月日		年 月 日	← 事実の発生年月日を記載

⑥ 構造設備の主要部分の変更

変更内容	事項	変更前	変更後
		構造設備	別紙①

* 別紙①、②として、変更前後の営業所平面図等を添付して下さい。

店 舗 平 面 図



【設 備】	1. 採 光	蛍光灯	W	個、電 灯	W	個
2. 鍵の設備	縦	cm×横	cm×奥行	cm		
3. 冷 暗 所	縦	cm×横	cm×奥行	cm		
4. 毒物劇物貯蔵設備の構造	材質					
	縦	cm×横	cm×奥行	cm		

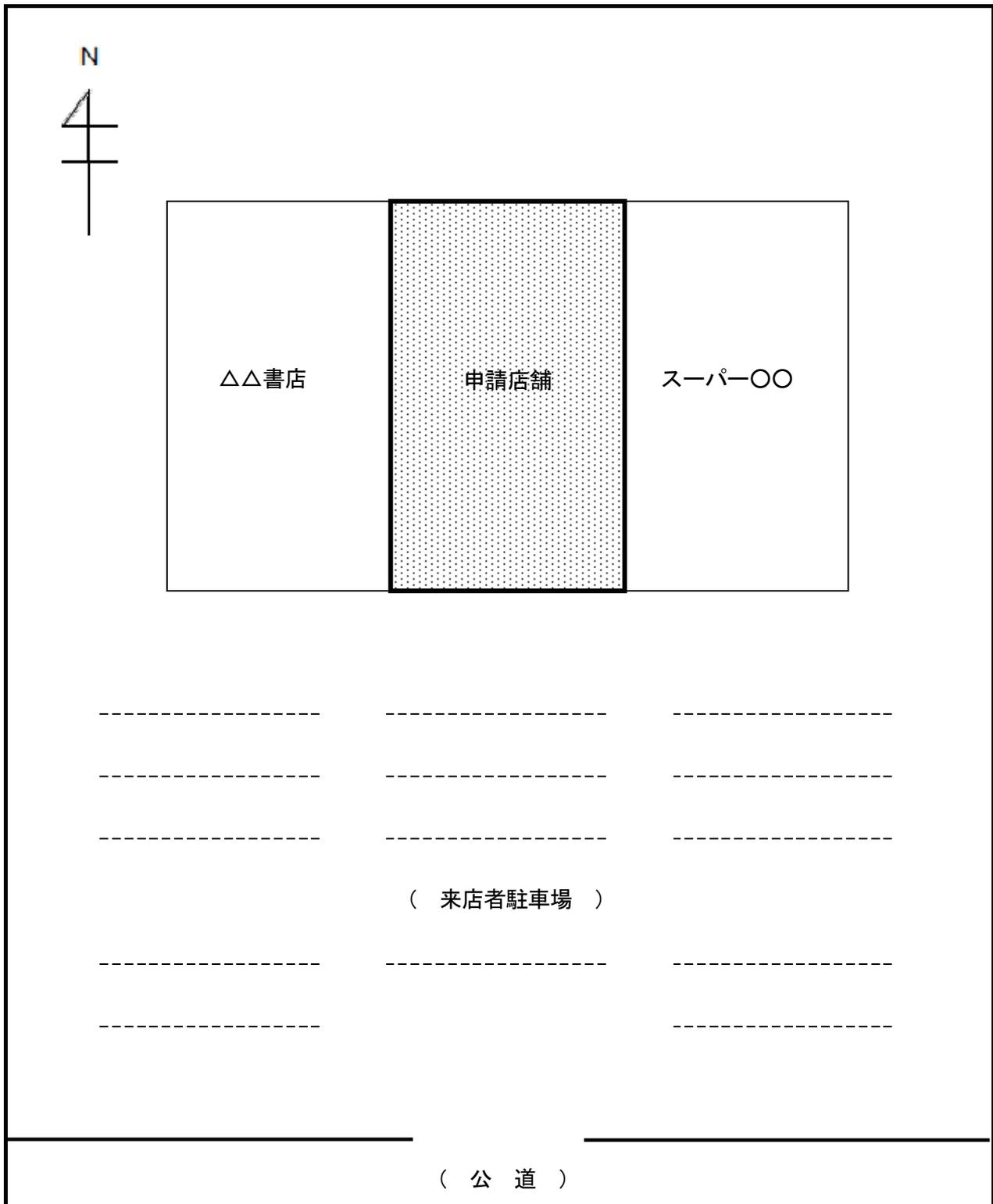


- 2は、毒薬を取扱わない場合は、申請書表紙の備考欄にその旨を記載すれば、設置不要。
- 3は、冷暗貯蔵の医薬品を取扱わない場合は、申請書表紙の備考欄にその旨を記載すれば、設置不要。
- 4は、毒物劇物を取扱う場合のみ設置が必要。販売にあたっては、別途、登録申請が必要。

(記載上の注意)

- 1 申請店舗について、調剤室、医薬品・医療機器・毒物劇物等、当該店舗で取り扱う商品の陳列保管場所、施錠箇所、冷暗保存設備の設置位置を明示すること。
なお調剤室内は、冷暗貯蔵設備、調剤台、毒薬庫、給排水設備等必要な設備を記入すること。
- 2 面積算定ができるよう、内のり寸法をメートル単位で記入する。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A4又はA3の用紙とすること。

店舗敷地内の建物の配置図



(記載上の注意)

1 店舗と同一敷地内にある全ての建物（住居、店舗等）、敷地に接する公道、駐車場及び方角を記入すること。

(例：店舗が建物の一画の場合は、その建物全体の見取図を書くこと。)

2 建物が高層の場合は、店舗の所在階数を明記し、同一フロアについて記入すること。

3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A 4 又は A 3 の用紙とすること。

【共通様式3】

店舗の所在地略図（付近見取図）

所在地	
店舗の電話番号	電話設置前の場合は、設置後に薬務課薬事・献血係迄ご連絡下さい。 薬事・献血係TEL：0742-27-8670
その他の連絡方法	FAX、本社の電話番号があれば記載

（記載上の注意）

- 1 最寄り駅、幹線道路等からの詳細な経路が分かるよう記入すること。
- 2 店舗駐車場がある場合は、併せて記入すること。
- 3 記載に代えて別紙を添付する場合は、A4又はA3の用紙とすること。

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	平成 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）

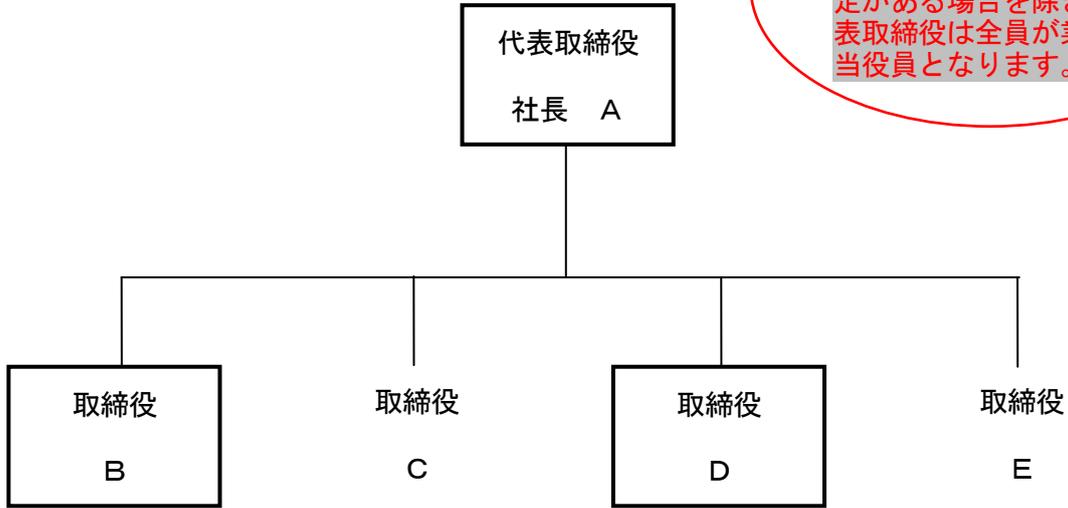
- 1 精神機能の障害の程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。
- 2 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

【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。

平成 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。

平成 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

氏名

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

従事者 住所

氏名

印

1 期 間 平成 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
(シフト制 月40時間勤務)

労働基準法等に抵触しないか予め確認して下さい。

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

平成 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。
- ・薬局管理者、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。