

記 載 例

様式第六

捨印

変 更 届 書

業 務 の 種 別	卸売販売業		
許 可 番 号 及 び 年 月 日	第N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	〇〇〇〇	
	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。

印

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。

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	← 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 営業所管理者の変更

変更内容	事項	変更前	変更後
	営業所管理者	× × × ×	〇〇 〇〇
変更年月日		年 月 日	
	備考	△△ △△の資格を証する書類、使用関係を証する書類は、H23.6の許可番号（M*****）に係る変更届に添付済みのため省略 	

省略書類がある場合は、備考欄にその旨を記載して下さい。

⑤ 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）	（変更後の氏名）
変更年月日		年 月 日	 事実の発生日を記載

- * 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。
- * 薬剤師免許証は、別途申請により書換できます（有料）。

⑥ 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757	奈良市登大路町30
変更年月日		年 月 日	 事実の発生日を記載

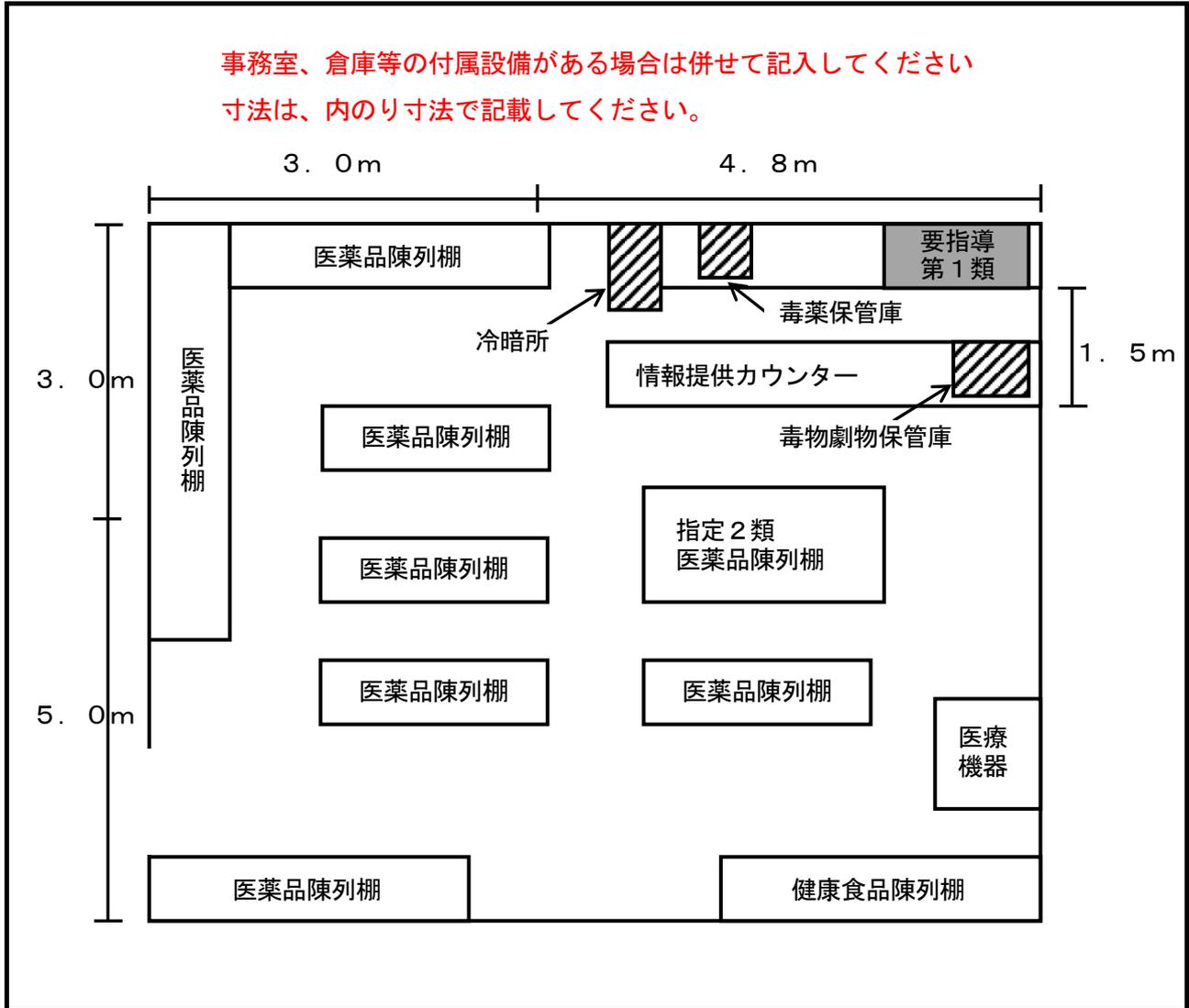
⑦ 構造設備の主要部分の変更

変更内容	事項	変更前	変更後
	構造設備	別紙①	別紙②

* 別紙①、②として、変更前後の店舗平面図等を添付して下さい。

★変更内容によっては、廃止・新規手続きや不備部分の改造措置が必要となる場合がありますので、必ず計画変更が可能な段階でFAX又は来庁により事前相談をお願いします。

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		

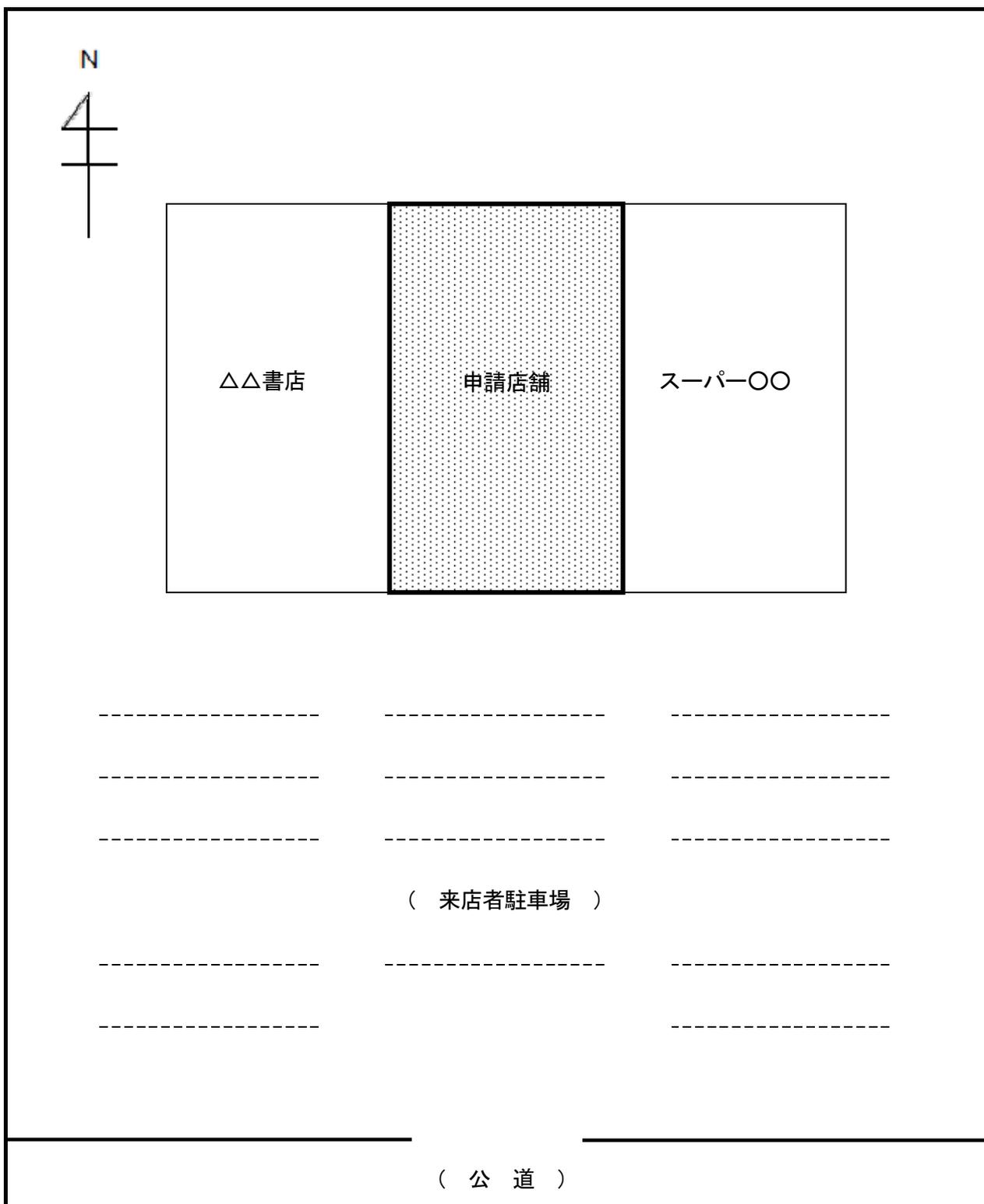


- 2は、毒薬を取扱わない場合は、申請書表紙の備考欄にその旨を記載すれば、設置不要。
- 3は、冷暗貯蔵の医薬品を取扱わない場合は、申請書表紙の備考欄にその旨を記載すれば、設置不要。
- 4は、毒物劇物を取扱う場合のみ設置が必要。販売にあたっては、別途、登録申請が必要。

(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）

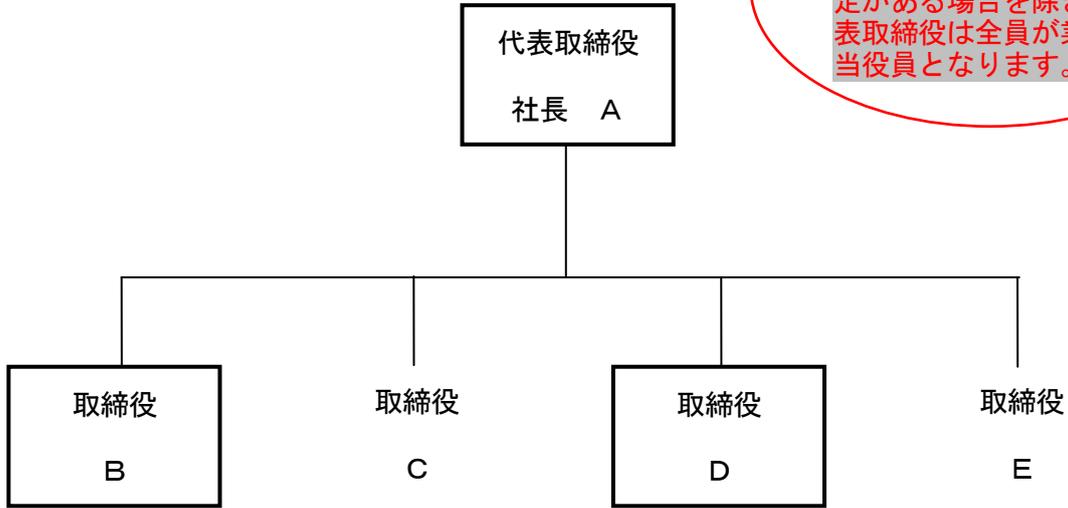
- 1 精神機能の障害の程度・内容により、許可（登録、免許、指定、届出）された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので具体的にお書き下さい。
- 2 必要に応じて、診断書を作成した医師から精神機能の障害の程度・内容をお聞きする場合がありますので、電話番号は必ず記載して下さい。

【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
土日・20時以降は時給2,000円

月額又は時給を○で囲む

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。