

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第六

変更届書

医薬品製造業、医薬品製造販売業の種別

業 務 の 種 別		医薬品製造業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第 9-000 号	令和00年00月00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	かもえ薬局	
	所在地	浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	管理者	鴨江太郎	元城花子
変 更 年 月 日		令和00年00月00日	
備 考	(※薬剤師免許証の添付を省略する場合) 00薬局（許可番号 1-000）から異動のため省略		

現在の許可の有効期間の開始日を記入する

以下の場合、薬剤師免許証は省略可能
① 同一店舗で勤務薬剤師として登録されていた者が、管理薬剤師になる場合
② 同一法人の他店舗からの異動の場合
※ただし、雇用形態が変更になるため、雇用証書は添付すること。）

上記により、変更の届出をします。

令和00年00月00日

変更後 30 日以内に提出する
※変更前の提出は不可
※30 日過ぎてしまったら
遅延理由書が必要

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

浜松市中区元城町 103 番地の 1

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社鴨江商事
代表取締役 保健次郎

（あて先）浜松市保健所長

【添付書類】 1.薬剤師免許証(原本とコピー) 2.雇用関係を証する書類

※管理者兼務許可を受けている場合は廃止の届出を行う