

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

薬局、店舗販売業、  
卸売販売業等の種別

業 務 の 種 別	薬局		
許可番号、認定番号又は登録番号 及 び 年 月 日	第 1-000 号	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
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
	管理薬剤師 (週当たりの勤務時間数)	鴨江太郎	元城花子 (40時間/週)
変 更 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
備 考	(※薬剤師免許証の添付を省略する場合) 〇〇薬局(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

管理薬剤師と勤務  
薬剤師は別々に分  
けて記入する

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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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

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

薬局、店舗販売業、卸売販売業等の種別

業務の種別	薬局		
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	第 1-〇〇〇 号	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
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
	勤務薬剤師 (週当たりの勤務時間数)	鴨江太郎 (40時間/週)	鴨江太郎 (40時間/週) 鴨江次郎 (40時間/週)
	登録販売者 (週当たりの勤務時間数)	中 花子 (10時間/週)	中 花子 (40時間/週) 東 花枝 (40時間/週)
変更年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
備考	(※薬剤師免許証の添付を省略する場合) 〇〇薬局 (許可番号 1-△△△) 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

人数が多いときは「別紙のとおり」と記入して別紙を添付する。

以下の場合、薬剤師免許証は省略可能  
③ 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。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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】※勤務薬剤師等が増えた場合

1. 薬剤師免許証、販売従事登録証(原本とコピー) 2. 雇用関係を証する書類

# 雇用関係を証する書類

我々は、下記のとおり雇用関係にあることを証します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

雇用者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）  
\_\_\_\_\_  
浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号  
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）  
株式会社鴨江薬局  
代表取締役 鴨江太郎  
\_\_\_\_\_

被用者 住所  
\_\_\_\_\_  
浜松市中区元城町 103 番地の 2  
氏名  
\_\_\_\_\_  
浜松次郎

## 記

- 1 業 務  管理薬剤師 勤務薬剤師（常勤、非常勤、派遣）  
 登録販売者（常勤、非常勤） 毒物劇物取扱責任者  
 営業所の管理者 その他（ \_\_\_\_\_ ）

業務の種別に  
○をつける

- 2 勤務場所 住所  
\_\_\_\_\_  
浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号  
名称  
\_\_\_\_\_  
鴨江薬局

- 3 勤務時間 月～金 午前 9 時 0 0 分 から 午後 5 時 0 0 分 まで  
(週あたり 40 時間)

- 4 休 日 \_\_\_\_\_ 土日祝日

# 雇用関係を証する書類

我々は、下記のとおり雇用関係にあることを証します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

雇用者 住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）  
\_\_\_\_\_  
浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号  
氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）  
株式会社鴨江薬局  
\_\_\_\_\_  
代表取締役 鴨江太郎

被用者 住所  
\_\_\_\_\_  
浜松市中区元城町 103 番地の 2  
氏名  
\_\_\_\_\_  
浜松次郎

記

業務形態に○  
をつける。

1 業 務 管理薬剤師 勤務薬剤師（常勤、非常勤、派遣）  
登録販売者（常勤、非常勤） 毒物劇物取扱責任者  
営業所の管理者 その他（ ）

2 勤務場所 住所  
\_\_\_\_\_  
浜松市中区鴨江二丁目 11 番 2 号  
名称  
\_\_\_\_\_  
鴨江薬局

3 勤務時間 月～金 午前9時00分 から 午後5時00分 まで  
(週あたり 40 時間)

4 休 日 \_\_\_\_\_  
土日祝日