

変更届書

業 務 の 種 別		店舗販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第 I●●●●● 号 ●● 年 ●● 月 ●● 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	ドラッグストア仙台市役所	
	所 在 地	〒 980 - 8671 仙台市 青葉 区 国分町三丁目7-1 仙台市役所本庁舎6階 TEL 022 (214) 8085	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	1 店舗管理者 2 その他の薬剤師 3 その他の登録販売者 ※該当する番号を○で囲	別紙のとおり	別紙のとおり
備 考		行令第49条の規定による管理医療機器販売業貸与業届出の特例に <input checked="" type="checkbox"/> 別紙[4]のとおり該当する <input type="checkbox"/> 該当しない ・店舗管理者は薬剤師法第8条の2第1項の規定による厚生労働大臣の命令（再教育研修命令）を受けた者である <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する（再教育研修終了登録証の提示）	

年月日は許可証にある有効期間の開始日を記入してください。

管理医療機器の販売業・貸与業の届出を兼ねる場合は、「該当する」にチェックしてください。
※「届書作成時の注意点」を参照ください。

●●年 ●●月 ●●日

上記により、変更の届出をします。

郵送提出の場合→発送年月日
窓口提出の場合→提出年月日

●●年 ●●月 ●●日

(あて先) 仙台市保健所長

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) **仙台市青葉区国分町三丁目7-1**
 氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) **株式会社仙台市役所**
代表取締役 仙台 太郎
 TEL **022 (214) 8085**

連絡(担当)者名 **青葉 薫** 連絡先 TEL **022-214-8085**

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつ

届出内容について分かる方のお名前と連絡先をお願いします。
内容について問い合わせる場合があります。

許可番号: I●●●●●●		薬局(店舗)の名称: ドラッグストア仙台市役所		記入年月日: ●●年●●月●●日			
変更前			変更後				
管理者	氏名	広瀬川 清美		氏名	広瀬川 清美		
	住所	仙台市太白区長町南三丁目1-15		住所	仙台市太白区長町南三丁目1-15		
	週当たり勤務時間	40時間 分/週		週当たり勤務時間	40時間 分/週		
	種別	薬剤師・登録販売者		種別	薬剤師・登録販売者		
登録番号	第●●-●●-●●●●●●号		登録番号	第●●-●●-●●●●●●号			
登録年月日	昭和●平成●令和●年●月●日		登録年月日	昭和●平成●令和●年●月●日			
その他の薬剤師	氏名	宮城 一郎		氏名	仙台(宮城) 一郎		
	住所	仙台市若林区保春院前丁3-1		住所	仙台市若林区保春院前丁3-1		
	週当たり勤務時間	(□研修中) 40時間		週当たり勤務時間	(□研修中) 8時間 分/週		
	種別	薬剤師・登録販売者		種別	薬剤師・登録販売者		
登録番号	第●●-●●-●●●●●●号		登録番号	第●●-●●-●●●●●●号			
登録年月日	昭和●平成●令和●年●月●日		登録年月日	昭和●平成●令和●年●月●日			
また登録販売者	氏名	仙台 次郎		氏名	同左		
	住所	仙台市青葉区国分町三丁目7-1		住所			
	週当たり勤務時間	(□研修中) 40時間		週当たり勤務時間	(□研修中) 時間 分/週		
	種別	薬剤師・登録販売者		種別	薬剤師・登録販売者		
登録番号	第●●●●●●●●号		登録番号	第●●●●●●●●号			
登録年月日	昭和●平成●令和●年●月●日		登録年月日	昭和●平成●令和●年●月●日			
登録販売者	氏名			氏名	宮城 花子		
	住所			住所	仙台市泉区泉中央二丁目1-1 泉中央マンション201号室		
	週当たり勤務時間	(□研修中) 時間		週当たり勤務時間	(□研修中) 30時間 30分/週		
	種別	薬剤師・登録販売者		種別	薬剤師・登録販売者		
登録番号	第●●●●●●●●号		登録番号	第●●-●●-●●●●●●号			
登録年月日	昭和●平成●令和●年●月●日		登録年月日	昭和●平成●令和●年●月●日			
週当たり勤務時間	(□研修中) 時間 分/週		週当たり勤務時間	(□研修中) 時間 分/週			
種別	薬剤師・登録販売者		種別	薬剤師・登録販売者			
登録番号	第●●●●●●●●号		登録番号	第●●-●●-●●●●●●号			
登録年月日	昭和●平成●令和●年●月●日		登録年月日	昭和●平成●令和●年●月●日			
合計人数	薬	1人	登	2人	計	3人	
週当たり勤務時間数合計 (研修中分除く)	薬	40時間 分/週		週当たり勤務時間数合計	薬	40時間 分/週	
	登	80時間 分/週		週当たり勤務時間数合計	登	78時間 30分/週	
	計	120時間 分/週		週当たり勤務時間数合計	計	118時間 30分/週	
上記のうち開店時間外に特定販売に従事する勤務時間数合計	薬	0時間 分/週		上記のうち開店時間外に特定販売に従事する勤務時間数合計	薬	0時間 分/週	
	登	0時間 分/週		上記のうち開店時間外に特定販売に従事する勤務時間数合計	登	0時間 分/週	

氏名変更、勤務時間変更の場合

変更がない場合は「同左」も可

新しく薬剤師・登録販売者を追加する

研修中の方の記入方法⇒
 ・合計人数には入れる
 ・週当たりの時間数、合計時間数ともにカウントしない

- (注意)
- 1 変更前と変更後で資格者の移動がない場合には、変更前・変更後の両方の欄に記入してください。
 - 2 新たに資格者を雇用する場合には、変更後欄にのみ記入してください（新たに雇用する資格者と開設者との使用関係証明書が別途必要ですので、忘れずに添付してください）。
 - 3 資格者が他店へ移動する場合には、変更前欄にのみ記入してください。
 - 4 登録販売者で規則第15条第2項に該当する方は、週当たり勤務時間欄の「研修中」にレを記入願います。

使用関係証明書

●●年 ●●月 ●●日

使用者 住所 **仙台市青葉区国分町三丁目7-1**

作成日記入

氏名 **株式会社仙台市役所
代表取締役 仙台 太郎**

被使用者 住所 **仙台市泉区泉中央二丁目1-1 泉中央マンション201号室**

氏名 **宮城 花子**

私どもは、下記条件のもとに使用関係にあることを証

記

許可証に記載してある、
「店舗の所在地又は営業区域」「店舗の名称」
を記入してください。

1 勤務場所の所在地及び名称

所在地: **仙台市青葉区国分町三丁目7-1 仙台市役所本庁舎6階**

名称: **ドラッグストア仙台市役所**

2 勤務内容

(該当する内容に○)

- ・店舗管理者(薬剤師)
- ・店舗管理者(登録販売者)
- ・その他の薬剤師
- ・その他の登録販売者**

別紙[3]に記載の資格者それぞれについて、使用関係証明書が必要です。ただし、開設者が個人の場合であって、開設者本人が従事する場合は不要です。

薬剤師免許証
又は販売従事登録証
の写し
(原本持参)

用紙はA4サイズとすること。

