

変更届書

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。

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 <b>100000</b> 号 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	<b>ドラッグストア仙台市役所</b>	
	所 在 地	〒 <b>980 - 8671</b> 仙台市 <b>青葉</b> 区 <b>国分町三丁目7-1</b> 仙台市役所本庁舎6階 TEL <b>022 ( 214 ) 8085</b>	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	<p>① 特定販売に関すること</p> <p>② 通常の営業日及び営業時間</p> <p>※該当する番号を○で囲むこと。</p>	<p>特定販売 有 ・ <b>無</b></p> <p>詳細は別紙のとおり</p>	<p>特定販売 <b>有</b> ・ 無</p> <p>詳細は別紙のとおり</p>
変 更 年 月 日		●●年 ●●月 ●●日	
備 考		<p>事前申請です。 変更年月日は届出より後の日付となります。</p>	

上記により、変更の届出をします。

●●年 ●●月 ●●日

郵送提出の場合→発送年月日  
窓口提出の場合→提出年月日

(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

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。

様式(AI-5)

変更前 特定販売に関する事項 別紙[5] ※特定販売を行う場合のみ添付

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
特定販売で異なる名称の表示 ※実店舗の名称と異なる名称で特定販売を行う場合は「有」にチェック <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、右側も記入 名称：					
特定販売で取り扱う医薬品の区分 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品(劇薬を除く) <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く) <input type="checkbox"/> 第3類医薬品					
特定販売を行う際に使用する通信手段 ※複数ある場合はすべて記入、通信器具は施設許可面積内にあること <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> 電子商取引 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> その他( )					
特定販売を行う営業日及び営業時間 別紙[2]-1のとおり ※営業時間は、資格者が注文内容を確認した時点から運送業者等に引き渡せる状態にするまでの業務を行う時間のこと					
特定販売のみを行う営業日及び営業時間 ※実店舗閉店後も特定販売を行う場合は「有」にチェック <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、右側も記入 仙台市が監督を行うために必要な設備 画像を記録する設備： 画像を送信する設備： 通信に使用するメールアドレス： _____@_____ 音声を送受信する設備：電話機 ※開店時間外でも対応可能なもの 電話番号：( ) _____					
特定販売に関する広告(広告の際に使用する通信手段) ※複数ある場合はすべて記入 <input type="checkbox"/> 広告しない※以下、記入不要      特定販売の広告方法 <input type="checkbox"/> 広告する ※広告する場合、右側も記入 <input type="checkbox"/> ダイレクトメール( <input type="checkbox"/> 郵便・ <input type="checkbox"/> 電子メール ) <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> その他( )					
広告に記載すべき事項の有無					
薬局(店舗)の管理及び運営に関する事項			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
要指導医薬品及び一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
薬局(店舗)の外観の写真			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
医薬品の陳列の状況を示す写真			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
現在勤務している薬剤師または登録販売者の別および氏名			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
開店時間と特定販売を行う時間が異なる場合は、その開店時間及び特定販売を行う時間 ※両時間が同じ場合は「非該当」をチェック			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 非該当 )		
特定販売を行う医薬品の使用期限			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
医薬品の区分ごとの表示			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
インターネット利用による特定販売の概要 ※インターネットを利用しない場合、以下記入不要					
ホームページアドレス ※店舗のメインページのアドレス ※店舗固有のアドレスとすること					
閲覧時に必要なパスワード			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ) パスワード： _____		
ホームページ等 構成の概要			別添のとおり (医薬品の表示内容や表示すべき事項の表示の状況等が分かるようなイメージ図等)		

変更後 特定販売に関する事項 別紙[5] ※特定販売を行う場合のみ添付

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
特定販売で異なる名称の表示 ※実店舗の名称と異なる名称で特定販売を行う場合は「有」にチェック <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※有の場合、右側も記入 名称：					
特定販売で取り扱う医薬品の区分 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品（劇薬を除く） <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品（指定第2類医薬品を除く） <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品					
特定販売を行う際に使用する通信手段 ※複数ある場合はすべて記入、通信器具は施設許可面積内にあること <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 電子メール <input checked="" type="checkbox"/> 電子商取引 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> その他( )					
特定販売を行う営業日及び営業時間 別紙[2]-1のとおり ※営業時間は、資格者が注文内容を確認した時点から運送業者等に引き渡せる状態にするまでの業務を行う時間のこと					
特定販売のみを行う営業日及び営業時間 ※実店舗閉店後も特定販売を行う場合は「有」にチェック 仙台市が監督を行うために必要な設備 画像を記録する設備：デジタルカメラ 画像を送信する設備：インターネット回線 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、右側も記入 通信に使用するメールアドレス： I●●●●● @ city.sendai.jp 音声を送受信する設備：電話機 ※開店時間外でも対応可能なもの 電話番号：( )					
特定販売に関する広告（広告の際に使用する通信手段）※複数ある場合はすべて記入 <input type="checkbox"/> 広告しない※以下、記入不要      特定販売の広告方法 <input checked="" type="checkbox"/> 広告する ※広告する場合、右側も記入 <input type="checkbox"/> ダイレクトメール（ <input type="checkbox"/> 郵便・ <input type="checkbox"/> 電子メール） <input checked="" type="checkbox"/> チラシ <input checked="" type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> その他( )					
広告に記載すべき事項の有無					
薬局(店舗)の管理及び運営に関する事項			( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
要指導医薬品及び一般用医薬品の販売に関する制度に関する事項			( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
薬局(店舗)の外観の写真			( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
医薬品の陳列の状況を示す写真			( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
現在勤務している薬剤師または登録販売者の別および氏名			( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
開店時間と特定販売を行う時間が異なる場合は、その開店時間及び特定販売を行う時間 ※両時間が同じ場合は「非該当」をチェック			( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 非該当 )		
特定販売を行う医薬品の使用期限			( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
医薬品の区分ごとの表示			( <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )		
インターネット利用による特定販売の概要 ※インターネットを利用しない場合、以下記入不要 ホームページアドレス ※店舗のメインページのアドレス ※店舗固有のアドレスとすること <a href="https://www.city.sendai.jp/00.00">https://www.city.sendai.jp/00.00</a>					
閲覧時に必要なパスワード			( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 ) パスワード： _____		
ホームページ等 構成の概要			別添のとおり (医薬品の表示内容や表示すべき事項の表示の状況等が分かるようなイメージ図等)		



変更前 店舗の業務を行う体制の概要等 別紙[2]-1

許可番号	I●●●●●	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
要指導医薬品を販売しない開店時間 有であれば要指導医薬品陳列区画の閉鎖設備が必要で→		<input checked="" type="checkbox"/> 要指導医薬品の販売はしない <input type="checkbox"/> 開店時間中は常に要指導医薬品を販売する <input type="checkbox"/> 要指導医薬品を販売しない開店時間がある			
第1類医薬品を販売しない開店時間 有であれば第1類医薬品陳列区画の閉鎖設備が必要で→		<input checked="" type="checkbox"/> 第1類医薬品の販売はしない <input type="checkbox"/> 開店時間中は常に第1類医薬品を販売する <input type="checkbox"/> 第1類医薬品を販売しない開店時間がある			
第1類医薬品以外の一般用医薬品（指定第2類医薬品・第2類医薬品・第3類医薬品）を販売しない開店時間 有であれば医薬品陳列場所の閉鎖設備が必要で→		<input type="checkbox"/> 第1類医薬品以外の一般用医薬品の販売はしない <input checked="" type="checkbox"/> 開店時間中は常に第1類医薬品以外の一般用医薬品を販売する <input type="checkbox"/> 第1類医薬品以外の一般用医薬品を販売しない開店時間がある			
特定販売のみを行う営業時間 有であれば監視を行うための設備が必要で→		<input checked="" type="checkbox"/> 特定販売はしない <input type="checkbox"/> 特定販売は開店時間中に行う <input type="checkbox"/> 開店時間外に特定販売のみを行う営業時間がある			
通常 の 営 業 日 及 び 営 業 時 間	実 店 舗 に よ る 販 売	① 店舗の営業日と開店時間	営業日 月～金 土	営業(開店)時間 (例) 8:00~21:00 9:00~12:00 13:00~18:00 9:00~12:00	週当たりの時間数 43時間 分
		② 第1類医薬品以外の一般用医薬品（指定第2類医薬品・第2類医薬品・第3類医薬品）を販売する営業日と開店時間	同上	同上	43時間 分
		③ 要指導医薬品・第1類医薬品を販売する営業日と開店時間	なし		0時間 分
	特 定 販 売	④ 特定販売を行う営業日と営業時間	なし		0時間 分
		⑤ 開店時間外に特定販売のみを行う営業日と営業時間	なし		0時間 分
		⑥ 上記⑤のうち第1類医薬品を販売する営業日と営業時間	なし		0時間 分
		⑦ 施設の営業日と営業時間 ※ 大型ショッピングセンター等の施設内に店舗を設ける場合のみ記入			時間 分

※別紙[2]-1において販売とは販売又は授与のことをいう。

体制省令に基づく措置等について	
営業時間又は営業時間外で相談を受ける時間内における相談があった場合の情報提供及び指導を行うための体制の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
要指導医薬品等の適正販売等を確保するための指針の策定の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
従事者に対する研修の実施体制の有無（特定販売を行う店舗にあっては、特定販売に関する研修を含む。）	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
従事者から店舗販売業者への事故報告の体制の整備の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
要指導医薬品等の適正販売等のための業務に関する手順書の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
要指導医薬品等の適正販売等のための情報の収集その他要指導医薬品等の適正販売等の確保を目的とした改善のための方策の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無

変更後 店舗の業務を行う体制の概要 等 別紙[2]-1

許可番号	I●●●●●	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
要指導医薬品を販売しない開店時間		<input checked="" type="checkbox"/> 要指導医薬品の販売はしない <input type="checkbox"/> 開店時間中は常に要指導医薬品を販売する 有であれば要指導医薬品陳列区画の閉鎖設備が必要で→ <input type="checkbox"/> 要指導医薬品を販売しない開店時間がある			
第1類医薬品を販売しない開店時間		<input checked="" type="checkbox"/> 第1類医薬品の販売はしない <input type="checkbox"/> 開店時間中は常に第1類医薬品を販売する 有であれば第1類医薬品陳列区画の閉鎖設備が必要で→ <input type="checkbox"/> 第1類医薬品を販売しない開店時間がある			
第1類医薬品以外の一般用医薬品（指定第2類医薬品・第2類医薬品・第3類医薬品）を販売しない開店時間		<input type="checkbox"/> 第1類医薬品以外の一般用医薬品の販売はしない <input checked="" type="checkbox"/> 開店時間中は常に第1類医薬品以外の一般用医薬品を販売する 有であれば医薬品陳列場所の閉鎖設備が必要で→ <input type="checkbox"/> 第1類医薬品以外の一般用医薬品を販売しない開店時間がある			
特定販売のみを行う営業時間		<input type="checkbox"/> 特定販売はしない <input type="checkbox"/> 特定販売は開店時間中に行う 有であれば監視を行うための設備が必要で→ <input checked="" type="checkbox"/> 開店時間外に特定販売のみを行う営業時間がある			
通常 の 営業 日 及 び 営業 時間	実店舗 による 販売	① 店舗の営業日と開店時間	月～金 土	9:00～12:00 13:00～18:00 9:00～12:00	43時間 分
		② 第1類医薬品以外の一般用医薬品（指定第2類医薬品・第2類医薬品・第3類医薬品）を販売する営業日と開店時間	同上	同上	43時間 分
		③ 要指導医薬品・第1類医薬品を販売する営業日と開店時間	なし		0時間 分
	特定 販売	④ 特定販売を行う営業日と営業時間	月～金 土	9:00～12:00 13:00～18:00 9:00～12:00	43時間 分
		⑤ 開店時間外に特定販売のみを行う営業日と営業時間	日	9:00～18:00	9時間 分
		⑥ 上記⑤のうち第1類医薬品を販売する営業日と営業時間	なし		0時間 分
	⑦ 施設の営業日と営業時間 ※ 大型ショッピングセンター等の施設内に店舗を設ける場合のみ記入				時間 分

※別紙[2]-1において販売とは販売又は授与のことをいう。

体制省令に基づく措置等について	
営業時間又は営業時間外で相談を受ける時間内における相談があった場合の情報提供及び指導を行うための体制の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
要指導医薬品等の適正販売等を確保するための指針の策定の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
従事者に対する研修の実施体制の有無（特定販売を行う店舗にあっては、特定販売に関する研修を含む。）	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
従事者から店舗販売業者への事故報告の体制の整備の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
要指導医薬品等の適正販売等のための業務に関する手順書の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無
要指導医薬品等の適正販売等のための情報の収集その他要指導医薬品等の適正販売等の確保を目的とした改善のための方策の有無	<input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無