

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 年 月 日	号 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	
		所 在 地	〒 区 仙台市 区 TEL ( )
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○で囲むこと。	別紙のとおり	別紙のとおり
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 施行令第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 type="checkbox"/> 別紙[4]のとおり該当する <input type="checkbox"/> 該当しない</li> <li>・ 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 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)</li> </ul>		

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

(あて先) 仙台市保健所長

TEL ( )

連絡(担当)者名 \_\_\_\_\_ 連絡先 TEL \_\_\_\_\_

(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、楷書ではつきりと書くこと。

許可番号:		薬局(店舗)の名称:				記入年月日:				
		変更前				変更後				
管理者	氏名					氏名				
	住所					住所				
	週当たり勤務時間	時間 分/週				週当たり勤務時間	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	氏名					氏名				
	住所					住所				
	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			
薬剤師	氏名					氏名				
	住所					住所				
	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			
又は登録販売者	氏名					氏名				
	住所					住所				
	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	合計人数	薬 人:登 人:計 人				合計人数	薬 人:登 人:計 人			
	週当たり勤務時間数合計 (研修中分除く)	薬	時間 分/週			週当たり勤務時間数合計 (研修中分除く)	薬	時間 分/週		
		登	時間 分/週				登	時間 分/週		
		計	時間 分/週				計	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	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	時間 分/週			
	登	時間 分/週				登	時間 分/週			

- (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

氏名

被使用者 住所

氏名

私どもは、下記条件のもとに使用関係にあることを証明します。

## 記

### 1 勤務場所の所在地及び名称

所在地:

名称:

### 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

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。

## 業務従事証明書

年 月 日

(あて先) (従事者氏名) 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏名〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

(連絡先電話番号： )

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
住 所	〒
販売従事登録年月日 及び登録番号	
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称： 許可番号：
薬局若しくは店舗の 所在地又は配置販売業 の区域	

1. 業務期間 ( 年 月間)

年 月 ~ 年 月

〔このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において業務に従事した期間 ( 年 月間) 年 月 ~ 年 月〕

2. 業務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入)

- 主に一般用医薬品の販売等の直接の業務  
一般用医薬品の販売時の情報提供業務  
一般用医薬品に関する相談対応業務  
一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務  
一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務  
一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間 (該当する□にレを記入)

- 上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。  
上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計 ( ) 時間以上従事した。

4. 研修の受講 (受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 配置販売業にあつては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 業務の従事期間が2年以上ある登録販売者については、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。
- 連絡先電話番号欄には当該証明の内容について仙台市保健所から照会があった場合に対応できる電話番号を記載すること。

## 実務従事証明書

年 月 日

(あて先) (従事者氏名) 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕

氏名〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕

(連絡先電話番号： )

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
住 所	〒
薬局又は店舗の名称及び許可番号	名称： 許可番号：
薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域	

- 実務期間 ( 年 月 日間)  
年 月 ~ 年 月
- 実務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入)  
 主に一般用医薬品の販売等の内容を知り得る実務  
 資格者による一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務  
 一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務  
 一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務  
 一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務  
 一般用医薬品の陳列や広告に関する実務
- 実務時間 (該当する□にレを記入)  
 上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。  
 上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計 ( ) 時間従事した。
- 研修の受講 (外部研修の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)

## (注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 連絡先電話番号欄には当該証明の内容について仙台市保健所から照会があった場合に対応できる電話番号を記載すること。

店舗販売業の兼営事業の種類等 別紙[4]

許可番号		店舗の名称		記入年月日	
相談時及び緊急時の 連絡先  (電話番号・FAX番号・ メールアドレスなど)		連絡先電話番号等		種別(例:店舗電話番号)	
販売・授与する医薬品の区分 (該当するものにチェックをつけること)		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1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 <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品			
兼営事業の種類(行っている事業にチェックをつけること)					
<input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 管理医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 一般医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業			<input type="checkbox"/> 毒物劇物一般販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物農業用品目販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物特定品目販売業 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> なし		

※以下は、管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること

みなし管理医療機器販売業貸与業届出			
業種		1. 販売業 2. 貸与業	
取扱品目 (取扱う品目にレ点をつけること)	<input type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)	※取扱い品目が家庭用のみの場合は、営業管理者設置は不要	
	<input type="checkbox"/> 管理 (補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特定管理医療機器以外の特定管理医療機器)	<input type="checkbox"/> 営業管理者	<input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理者以外の者
	<input type="checkbox"/> 補聴器	氏名:	
	<input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器	住所:	
	<input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器	営業管理者の資格:(該当する資格にレ点をつけること)	
		<input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(薬剤師) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(みなし合格者 元薬種商) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(基礎講習修了者) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(その他: ) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 号	