

変 更 届 書

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		第〇〇〇〇〇〇〇〇号 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	〇〇薬局	
	所在地	長野市南長野幅下〇〇番地〇〇	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	健康サポート薬局である旨	表示しない	表示する
変 更 年 月 日		令和〇〇年〇〇月〇〇日	
備 考	薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合は、変更後の役員が次のいずれ		
	(1)	法第 75 条第 1 項の規定により許可を取り消され、取消しの日から 3 年を経過していない者	
	(2)	法第 75 条の 2 第 1 項の規定により登録を取り消され、取消しの日から 3 年を経過していない者	
	(3)	禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなつた後、3 年を経過していない者	
	(4)	法、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法その他薬事に関する法令で政令で定めるもの又はこれに基づく処分に違反し、その違反行為があつた日から 2 年を経過していない者	
	(5)	麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者	
	(6)	精神の機能の障害により業態を選択してください。の業務を適正に行うに当たつて必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者	
	(7)	業態を選択してください。の業務を適切に行うことができる知識及び経験を有すると認められない者	
(6)及び(7)の空欄部に業態を記載すること。(薬局開設者、製造販売業者、製造業者、医薬品販売業者、高度管理医療機器等の販売業者等、再生医療等製品販売業者)			

表示を開始しようとする日を記入

上記により、変更の届出をします。

表示を開始しようとする日よりも前に届け出ることが必要

年 月 日

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

住 所 〒

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

氏 名

長野県知事
市長

殿