

様式第六

変 更 届 書

業 務 等 の 種 別			
許 可 番 号 又 は 認 定 番 号 及 び 年 月 日			
薬 局、店 舗 又 は 営 業 所	名 称		
	所 在 地		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日			
備 考			

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) 〒

TEL

氏名 (法人にあつては、
名称及び代表者の氏名)

福岡県知事 殿

- 注
- 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、楷書ではっきりと書くこと。
 - 3 業務等の種別欄には薬局、店舗販売業、卸売販売業、薬種商販売業、特例販売業、地域連携薬局又は専門医療機関連携薬局の別を記載すること。
 - 4 許可番号又は認定番号及び年月日欄の年月日には、許可証又は認定証に記載されている有効期間の始期を記載すること。
 - 5 薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合は、備考欄に、変更後の役員が法第5条第3号イからトまでのいずれかに掲げる者に該当するとき、そのいずれかに該当するかを記載し、該当しないときは「法第5条第3号イからトまでに該当しない」と記載するか、変更届書別紙4にその内容を記載すること。
 - 6 地域連携薬局又は専門医療機関連携薬局に係る変更の場合は、届書及び添付書類は、2部提出すること。