

変更届書

記載例

業 務 の 種 別		専門医療機関連携薬局	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第●号 ●年●月●日（認定の有効期間が始まる日）	
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	○○薬局	
	所在地	広島市中区基町 10-52	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	薬事に関する業務に責任を有する役員	■■ ■■	■■ ■■ □□ □□
変 更 年 月 日		令和●年●月●日	
備考	法第5条第3号イ～トまでの該非を記載してください。		
	●イ～トのいずれにも該当しない場合		
	(例)新たな役員□□ □□は、法第5条第3号イ～トに規定する申請者の欠格条項に該当しません。		
	●イ～トのいずれかに該当する場合		
	(例)新たな役員□□ □□は、法第5条第3号●に該当します。法第5条第3号○、○…（●に入るものを除くイ～トを記載）については、該当しません。（●に関する詳細（次の（1）～（5）を参照）		
	（1） イ又はロに該当する場合		
	イ又はロにおいて年月日及び取り消された理由を記載する。		
	（2） ハに該当する場合		
	ハにおいてその罪又は刑、刑の確定年月日及びその執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった場合はその年月日を記載する。		
	（3） ニに該当する場合		
ニにおいて違反の事実及び違反した年月日を記載する。			
（4） ホ又はトに該当する場合			
追記なし			
（5） ヘに該当する場合			
診断書は別紙のとおりです。			
※必ず診断書を添付してください。精神機能の障がいの程度・内容により、認定された業務を行うにあたって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができるかを、専門家の意見を聞いて判断しますので、具体的に記載されたものを提出してください。			

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

住所

氏 名

法人にあっては、主たる事務所の所在地

法人にあっては、名称及び代表者の氏名

広島市中区基町 10-52

株式会社○○ 代表取締役 ■■ ■■

広島県知事 様

法第5条第3号

- イ 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
- ロ 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
- ハ 拘禁刑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
- ニ イからハまでに該当する者を除くほか、この法律、麻薬及び向精神薬取締法、毒物及び劇物取締法（昭和25年法律第303号）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
- ホ 麻薬、大麻、あへん又は覚醒剤の中毒者
- ヘ 心身の障害により薬局開設者の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるものト 薬局開設者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
- ト 薬局開設者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