様式第六（**記載例（従事者の変更）**第百条、第百十四条の六十九、第百十四条の七十、第百二十七条、第百[illegible]六、第百七十四条、第百七十六条、第百九十五条、第二百六十五条、第二百六十五条の二、第二百六十五条の三関係）

変　更　届　書

許可証に記載されている番号、有効年月日の開始日をご記入ください。

業務の種別		薬局・店舗販売業・卸売販売業 高度管理医療機器等販売業・貸与業 管理医療機器販売業・貸与業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第○○○○○○○○号　○○○○年　○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	○○薬局　町田店	
	所在地	町田市中町二丁目○番○号 TEL　042（722）67××	
変更内容	事項	変更前	変更後
	管理者	○田　○男（40時間）	△山　△子（40時間）
	勤務薬剤師	△山　△子（32時間） ◎川　◎美（16時間） □野　□太（8時間）	○田　○男（32時間） ◎川　◎美（16時間） □野　□太（8時間） ☆野　☆子（0時間）
変更年月日		○○○○年　○月　○日	
備考		関係書類については、下記店舗の変更届書に添付済 記 1　店舗等の名称及び業種 2　店舗等の所在地 3　提出年月日　年　月　日	

変更のない方も、氏名及び週当たりの勤務時間を記載してください。

上記により、変更の届出をします。

年　月　日

提出する際に窓口でご記入ください。

開設者の住所・氏名をご記入ください。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）　東京都町田市中町二丁目○番○号

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）　株式会社○○薬品　代表取締役　町田　花子

町田市保健所長　殿

担当者名・連絡先をご記入ください。

担当者名　町田　太郎
電話番号　042(722)67××