

店舗販売業 変更届について

※法人の合併等、経営者が変更になる場合などは新規許可申請が必要な場合がありますので、必要に応じて確認してください。

◎次の事項を変更したときは、**30日以内**に届け出てください。

- (1) 店舗販売業者の氏名又は住所（法人の場合は、主たる事務所の所在地）
- (2) 店舗販売業者の薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名（法人の場合のみ）
- (3) 構造設備の主要部分
- (4) 通常の営業日及び営業時間
- (5) 管理者の氏名、住所又は週当たり勤務時間数
- (6) 他の薬剤師又は登録販売者の氏名又は週当たり勤務時間数
- (7) 兼営事業の種類
- (8) 販売・授与する医薬品の区分（特定販売を行う医薬品の区分のみを変更した場合を除く。）
- (9) 特定管理医療機器の管理者（特定管理医療機器の取扱いがある場合のみ）
- (10) 店舗の住所表記（住居表示に関する法律に基づく変更）

◎次の事項を変更しようとするときは、**あらかじめ**届け出てください。

- (1) 店舗の名称
- (2) 相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先
- (3) 特定販売の実施の有無
→「特定販売に係る届出の手引き」を参照ください。
- (4) 特定販売に係る下記の変更事項
 - ① 特定販売を行う際に使用する通信手段
 - ② 特定販売を行う医薬品の区分
 - ③ 特定販売を行う時間
 - ④ 営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合はその時間
 - ⑤ 特定販売を行うことについての広告に、許可を受けた名称と異なる名称を表示するときは、その名称
 - ⑥ 特定販売を行うことについてインターネットを利用して広告をするときは、主たるホームページアドレス
 - ⑦ 市長等が特定販売の実施方法に関する適切な監督を行うために必要な設備の概要（その店舗の営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合に限る。）

1. 必要な書類

提出部数：1部（写しを取って、控えを保管してください。）

- ①変更届書（医薬品医療機器等法施行規則 様式第六）
②添付書類

◎変更後に届出が必要な事項

変更事項	添付書類	
店舗販売業者の氏名 （法人にあっては名称） ※ 法人の合併等、経営者が変更になる場合などは新規許可申請が必要です	個人	・ 戸籍謄（抄）本又は戸籍記載事項証明書（注） 原本を窓口で確認後、返却します。
	法人	・ 登記事項証明書（履歴事項全部証明書）（注）
店舗販売業者の住所 （法人にあっては本店又は主たる事務所の所在地）	個人	・ 不要
	法人	・ 登記事項証明書（履歴事項全部証明書）（注）
薬事に関する業務に責任を有する役員 （法人のみ）	・ 登記事項証明書（履歴事項全部証明書）（注）	
構造設備の主要部分	・ 変更前後の店舗の平面図	
通常の営業日及び営業時間	・ 勤務表	
管理者	・ 薬剤師免許証又は販売従事登録証 原本を窓口で確認後、返却します。 ・ 業務（実務）従事証明書又は業務（実務）従事確認書（※1）及び研修受講実績 原本を窓口で提示し、写しを一部提出してください。 i. 業務（実務）従事証明書：管理者が登録販売者の場合、過去5年間のうち従事期間の合計が通算して2年以上ある場合。 ii. 業務（実務）従事証明書及び追加的な研修（※2）を含む研修受講実績：管理者が登録販売者の場合、過去5年間のうち従事期間の合計が通算して1年以上で追加的な研修を含む研修の受講実績がある場合。 iii. 業務（実務）従事確認書：管理者が登録販売者の場合、店舗管理者又は区域管理者としての業務の経験があり、平成21年6月1日以降に通算して1年以上の従事経験のある場合。 iv. 業務（実務）従事確認書及び継続的研修の受講実績：管理者が登録販売者の場合、経過措置に基づき、平成21年6月1日以降に通算して5年以上の従事経験及び継続的研修の受講実績を証明する場合。	

	※1 登録販売者として業務に従事したことを証明（確認）する場合は「業務従事証明（確認）書」を、一般従事者として実務に従事したことを証明（確認）する場合は「実務従事証明（確認）書」を使用してください。 ※2 「追加的な研修」：法令順守及び店舗又は区域の管理に関する研修 ・使用関係を証する書類 申請者（法人の場合は薬事に関する業務に責任を有する役員）が兼務する場合は不要です。 ・法人の薬事に関する業務に責任を有する役員が管理者である場合は、誓約書を提出してください。 ・勤務表	
その他の薬剤師、登録販売者	・薬剤師免許証又は販売従事登録証 原本を窓口で確認後、返却します。 ・使用関係を証する書類 申請者（法人の場合は薬事に関する業務に責任を有する役員）が兼務する場合は不要です。 ・勤務表	
管理者の氏名又は住所 その他の薬剤師又は登録販売者の氏名	氏名	・戸籍謄（抄）本又は戸籍記載事項証明書 ^{（注）}
	住所	・不要
薬剤師又は登録販売者の週当たり勤務時間数	・勤務表	
兼営事業の種類	・不要	
販売・授与する医薬品の区分（特定販売を行う医薬品の区分のみを変更した場合を除く。）	・不要	
特定管理医療機器の管理者	・資格を証する書類 免許証など原本を添付できない場合は、原本を窓口で提示し、写しを一部提出してください。	
店舗の住居表示	・市町村が発行する住居表示変更証明書 原本を窓口で確認後、返却します。	

（注）発行後6か月以内に、変更前後の内容を確認できるもの。

薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の際、精神の機能の障害により業務を適正に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができないおそれがある者である場合は、当該申請者に係る精神の機能の障害に関する医師の診断書を添付してください。

◎あらかじめ変更届出が必要な事項

変更事項	添付書類
店舗の名称	・ 不要 許可証書換え交付申請を行う場合は、変更後に書換え交付申請を行ってください。
相談時及び緊急時の電話番号 その他連絡先	・ 不要
特定販売の実施の有無 特定販売に係る事項	・ 特定販売に関する書類 詳細は「特定販売に係る届出について」をご覧ください。

2. 添付書類の省略

本申請以前に、医薬品医療機器等法、毒物及び劇物取締法に係る申請・届出において、同一申請者が同一内容の書類をすでに吹田市に提出している場合は、その旨を申請書の備考欄に記載することにより、書類の添付を省略することができます。

① 省略できる添付書類

- ・ 登記事項証明書
- ・ 資格を証する書類
- ・ 使用関係を証する書類 ※管理者については省略できません。

② 備考欄への記載例

「本申請に係る添付書類（〇〇〇〇〇）は、〇〇ドラッグ（第〇〇〇〇〇号）の申請書（変更届）に添付済み。」

3. 記載上の留意点

① 業務の種別

- ・ 「店舗販売業」と記載してください。

② 許可番号及び年月日

- ・ 許可番号は、許可証に記載されている番号を記載してください。
- ・ 許可年月日は、許可証に記載されている有効期間の開始年月日を記載してください。

③ 店舗の名称、所在地

- ・ 名称を変更した場合は、新しい名称を記載してください。
- ・ 住居表示に関する法律に基づき市町村名、地名番地等に表示変更が生じた場合は、新しい所在地を記載してください。

④ 変更内容

＜薬事に関する業務に責任を有する役員を変更した場合＞

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	代表取締役〇〇〇〇（退任） 取締役 △△△△	代表取締役◆◆◆◆（就任） 取締役 ◎◎◎◎（就任） 取締役 △△△△

- ・変更前及び変更後欄ともに薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名を記載してください。
- ・変更後の役員が法第5条第3号イからトに該当しないときは、備考欄に「法第5条第3号イからトに該当しない（法人の場合で薬事に関する業務に責任を有する役員が複数名いる場合は、「法第5条第3号イからトに全員該当しない）」と記載してください。

＜構造設備の主要部分を変更した場合＞

変更内容	事項	変更前	変更後
	構造設備	別紙のとおり	別紙のとおり

＜通常の営業日及び営業時間を変更した場合＞

変更内容	事項	変更前	変更後
	通常の営業日及び営業時間	月～日 9:00～19:00	月～日 9:00～20:00

＜管理者を変更した場合＞

変更内容	事項	変更前	変更後
	管理者	氏名 〇〇〇〇	氏名 ×××× 住所 〇〇市・・・・・・ 薬剤師登録番号 薬剤師登録年月日

- ・備考欄に直近の前職歴を記載してください。
- （記載例：〇年〇月〇日まで 〇〇ドラッグ△△店 管理者）

<その他の薬剤師又は登録販売者を変更した場合>

変更内容	事項	変更前	変更後
	その他の登録販売者	氏名〇〇〇〇 氏名×××× 氏名△△△△（退職）	氏名〇〇〇〇 氏名×××× 氏名◆◆◆◆（採用） 販売従事登録番号 販売従事登録年月日

- ・変更前及び変更後欄ともに全てのその他の薬剤師及び登録販売者の氏名を記載してください。
- ・変更する人数が多い場合は、「別紙のとおり」と記載して、別紙を添付してください。

<薬剤師又は登録販売者の週当たり勤務時間数を変更した場合>

変更内容	事項	変更前	変更後
	登録販売者週当たり勤務時間数 〇〇 〇〇 △△ △△	4 0 時間 1 0 時間	3 5 時間 1 5 時間

<特定管理医療機器の取扱いがある店舗販売業で、医療機器管理者を変更した場合>

変更内容	事項	変更前	変更後
	特定管理医療機器管理者	氏名 〇〇〇〇	氏名 △△△△ 住所 〇〇市・・・・ 医療機器基礎講習会修了

⑤ 変更年月日

- ・変更が生じた年月日を記載してください。

⑥ 備考

- ・添付書類を省略する場合は、その旨を記載してください。

⑦ 申請者の住所及び氏名

- ・住所は、個人の場合は現住所、法人の場合は登記された本社の所在地を記載してください。
- ・氏名は、個人の場合は個人名を記載し、法人の場合は登記された商号及び代表者名を記載してください。

変 更 届 書

業 務 の 種 類		店舗販売業	
許 可 番 号 及 び 年 月 日		〇〇〇〇〇号 〇〇年〇月〇日	
薬局、主たる 機能を有する 事務所、製造 所、営業所 又は店舗	フリガナ 名 称	〇〇ドラッグ 吹田店 (電話〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)	
	所 在 地	吹田市〇〇町〇-〇 〇〇ビル3階	
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 管理者	代表取締役×× ×× (退任) 取締役 △△ △△ 〇〇 〇〇	代表取締役 〇〇 〇〇 (就任) 取締役 △△ △△ ★★ ★★ (就任) □□ □□ 吹田市〇〇町〇-〇 販売従事登録番号 第〇〇〇〇〇〇 販売従事登録年月日 〇年〇月〇日
変 更 年 月 日		〇 年 〇 月 〇 日	
備 考	【兼営事業】 高度管理医療機器等販売業・貸与業 第 号・ 年 月 日 毒物劇物販売業 第 号・ 年 月 日 変更後の役員について、法第5条第3号イからトに該当しない。 管理者の前職：〇年〇月〇日まで 〇〇ドラッグ △△店管理者 添付書類（登記事項証明書、診断書）は、〇〇ドラッグ △△店（第〇〇〇〇号）に添付済み。 【販売・授与する医薬品の区分】 全ての要指導医薬品及び一般用医薬品 ・ 第2類医薬品及び第3類医薬品		

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

住 所

(法人にあっては、主たる事業所の所在地)

東京都〇〇区〇〇町〇丁目〇番〇号

氏 名

(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

株式会社 〇〇〇〇

代表取締役〇〇 〇〇

吹田市保健所長 様

〔連絡先〕 担当者名：
電話番号：