

変 更 届 書

薬局、店舗販売業、卸売販売業
など該当する許可の種類を記載

業 務 の 種 別		卸売販売業	
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日		札幌医許可(薬)第〇〇〇〇号 令和●年 3 月 4 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	■■製薬 札幌支店	
	所在地	札幌市××区〇〇条〇〇丁目△-△ 〇〇ビル〇〇階	
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	代表取締役△△□□ 取締役△△◎◎	代表取締役〇〇×× 取締役△△◎◎
変更年月日		令和●年#月##日	
備 考		変更後の薬事の業務に責任を有する役員は 全員、法第5条第3号イからトまでのいずれかに 掲げる者に該当しない。	

許可の有効期間の始期を記載
(許可の証明年月日ではない)

名称・所在地は、許可証に記載
されているとおり正確に記載

役員を変更した場合、欠格条項について記
入。該当があれば詳細を記載し、該当がな
ければその旨を記載

上記により、変更の届出をします。

令和××年××月×△日

変更後 3 0 日以内に届出

過ぎた場合は、遅延理由書が必要

住所 (法人にあっては、主
たる事務所の所在地)

東京都××区〇〇-△-△

氏名 (法人にあっては、名
称及び代表者の氏名)

株式会社■■製薬

代表取締役 ○〇 ××

(あて先) 札幌市保健所長

担当者のお名前と連絡
先電話番号を必ず記載
してください

連絡先： 電話 〇〇〇-×××-×〇×〇 担当者 ■■ ■■