|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **従事者一覧（変更届用）**  **※「変更の有無」欄で該当するものに○をつけてください。変更無しの場合、「変更後」欄は空欄のままで構いません。**  **※その他の資格者の住所は記載する必要はありません。** | | | | |
| 事　　項 | 変　　更　　前 | 変　　更　　後 | | 変更  の  有無 |
| 管　　理　　者 | | | |
| 氏　　　　名 | 年　 月　 日生 | 年　 月　 日生 | | 有・無 |
| 住　　　　所 |  |  | |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| 種　　　　別 | 薬剤師・薬剤師(健サ)※・登録販売者 | 薬剤師・薬剤師(健サ)・登録販売者 | 免許証等  照合欄 |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　　号 | 第　　　　　　　号 |
| 登録年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| そ　の　他　の　資　格　者 | | | |  |
| 氏　　　　名 | 年　 月 　日生 | 年　 月　 日生 | | 有・無 |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| 種　　　　別 | 薬剤師・薬剤師(健サ)・登録販売者 | 薬剤師・薬剤師(健サ)・登録販売者 | 免許証等  照合欄 |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　　号 | 第　　　　　　　号 |
| 登録年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　　　名 | 年　 月　 日生 | 年　 月　 日生 | | 有・無 |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| 種　　　　別 | 薬剤師・薬剤師(健サ)・登録販売者 | 薬剤師・薬剤師(健サ)・登録販売者 | 免許証等  照合欄 |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　　号 | 第　　　　　　　号 |
| 登録年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　　　名 | 年　 月 　日生 | 年　 月　 日生 | | 有・無 |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| 種　　　　別 | 薬剤師・薬剤師(健サ)・登録販売者 | 薬剤師・薬剤師(健サ)・登録販売者 | 免許証等  照合欄 |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　　号 | 第　　　　　　　号 |
| 登録年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　　　名 | 年　 月　 日生 | 年　 月　 日生 | | 有・無 |
| 週当たり勤務時間数 | 時間 | 時間 | |
| 種　　　　別 | 薬剤師・薬剤師(健サ)・登録販売者 | 薬剤師・薬剤師(健サ)・登録販売者 | 免許証等  照合欄 |
| 登録番号 | 第　　　　　　　　　　号 | 第　　　　　　　号 |
| 登録年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |