

変更届書

年月日は許可証にある有効期間の
開始日を記入してください。

業 務 の 種 別		店舗販売業	
許可番号、認定番号又は 登録番号及び年月日		第 I●●●●● 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	ドラッグストア仙台市役所	
	所 在 地	〒 980 - 8671 仙台市 青葉 区 国分町三丁目7-1 仙台市役所本庁舎6階 TEL 022 (214) 8085	
変 更 内	事 項	変 更 前	変 更 後
1 店舗管理者 2 その他の薬剤師 3 その他の登録販売者 ※該当する番号を○で囲		別紙のとおり	別紙のとおり
備 考		●●年 ●●月 ●●日	
		施行令第49条の規定による管理医療機器販売業貸与業届出の特例に <input checked="" type="checkbox"/> 別紙[4]のとおり該当する <input type="checkbox"/> 該当しない ・店舗管理者は薬剤師法第8条の2第1項の規定による厚生労働大臣 の命令（再教育研修命令）を受けた者である <input checked="" type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する（再教育研修終了登録証の提示）	

管理医療機器の販売業・貸与業の届出を兼ね
る場合は、「該当する」にチェックしてください。
※「届書作成時の注意点」を参照ください。

上記により、変更の届出をします。

●●年 ●●月 ●●日

郵送提出の場合→発送年月日
窓口提出の場合→提出年月日

(あて先) 仙台市保健所長

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) **仙台市青葉区国分町三丁目7-1**
氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) **株式会社仙台市役所**
代表取締役 仙台 太郎
TEL **022 (214) 8085**

連絡(担当)者名 **青葉 薫** 連絡先 TEL **022-214-8085**

- (注意)
- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
 - 2 字は、墨、インク等を用い、楷書で

届出内容について分かる方のお名前と連絡先をお願いします。
内容について問い合わせる場合があります。

許可番号: I●●●●●●●●		薬局(店舗)の名称: ドラッグストア仙台市役所		記入年月日: ●●年●●月●●日	
		変 更 前		変 更 後	
管 理 者	氏 名	広瀬川 清美		氏 名	青葉 薫
	住 所	仙台市太白区長町南三丁目1-1 5		住 所	仙台市青葉区上杉一丁目5-1
	適当たり勤務時間	40時間 分/週		時間	40時間 分/週
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者
	登 録 番 号	第 ●●-●●-●●●●●● 号		登 録 番 号	第 ●●-●●-●●●●●● 号
	登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 ●年●月●日		登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 ●年●月●日
そ の 他 の 薬 剤 師	氏 名	宮城 一郎		氏 名	仙台(宮城) 一郎
	住 所	仙台市若林区保春院前丁3-1		住 所	仙台市若林区保春院前丁3-1
	適当たり勤務時間	(□研修中) 40時間 分/週		時間	(□研修中) 8時間 分/週
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者
	登 録 番 号	第 ●●-●●-●●●●●● 号		登 録 番 号	第 ●●-●●-●●●●●● 号
	登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 ●年●月●日		登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 ●年●月●日
又 は 登 録 販 売 者	氏 名	仙台 次郎		氏 名	同左
	住 所	仙台市青葉区国分町三丁目7-1		住 所	
	適当たり勤務時間	(□研修中) 40時間 分/週		時間	(□研修中) 時間 分/週
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者
	登 録 番 号	第 ●●●●●●●● 号		登 録 番 号	第 ●●●●●●●● 号
	登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 ●年●月●日		登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	氏 名			氏 名	宮城 花子
	住 所			住 所	仙台市泉区泉中央二丁目1-1 泉中央マンション201号室
	適当たり勤務時間	(□研修中) 時間 分/週		時間	(□研修中) 30時間 30分/週
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者
	登 録 番 号	第 ●●●●●●●● 号		登 録 番 号	第 ●●-●●-●●●●●● 号
	登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 ●年●月●日
	氏 名			氏 名	
	住 所			住 所	
	適当たり勤務時間	(□研修中) 時間 分/週		時間	(□研修中) 時間 分/週
	種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者		種 別	薬 剤 師 ・ 登録販売者
	登 録 番 号	第 ●●●●●●●● 号		登 録 番 号	第 ●●●●●●●● 号
	登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日		登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
合 計 人 数	薬	1人: 登 2人: 計 3人		数	薬 1人: 登 3人: 計 4人
	適当たり勤務時間数合計	薬 40時間 分/週 登 80時間 分/週 計 120時間 分/週		時間数合計	薬 40時間 分/週 登 78時間 30分/週 計 118時間 30分/週
	(研修中分除く)			(研修中分除く)	
上記のうち開店時間外に特定販売に従事する勤務時間数合計	薬	0時間 分/週		薬	0時間 分/週
	登	0時間 分/週		登	0時間 分/週

- (注意) 1 変更前と変更後で資格者の移動がない場合には、変更前・変更後の両方の欄に記入してください。
- 2 新たに資格者を雇用する場合には、変更後欄にのみ記入してください(新たに雇用する資格者と開設者との使用関係証明書が別途必要ですので、忘れずに添付してください)。
- 3 資格者が他店へ移動する場合には、変更前欄にのみ記入してください。
- 4 登録販売者で規則第15条第2項に該当する方は、適当たり勤務時間欄の「研修中」にレを記入願います。

使用関係証明書

●●年 ●●月 ●●日

使用者 住所 仙台市青葉区国分町三丁目7-1

作成日記入

氏名 株式会社仙台市役所
代表取締役 仙台 太郎

被使用者 住所 仙台市青葉区上杉一丁目5-1

氏名 青葉 薫

私どもは、下記条件のもとに使用関係にあることを証明

記

許可証に記載してある、
「店舗の所在地又は営業区域」「店舗の名称」
を記入してください。

1 勤務場所の所在地及び名称

所在地: 仙台市青葉区国分町三丁目7-1 仙台市役所本庁舎6階

名称: ドラッグストア仙台市役所

2 勤務内容
(該当する内容に○)

- ・店舗管理者(薬剤師)
- ・店舗管理者(登録販売者)
- ・その他の薬剤師
- ・その他の登録販売者

別紙[3]に記載の資格者それぞれについて、使用関係証明書が必要です。ただし、開設者が個人であって、開設者本人が従事する場合は不要です。

薬剤師免許証
又は販売従事登録証
の写し
(原本持参)

用紙はA4サイズとすること。

業務従事証明書

●●年●●月●●日

青葉 薫 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕 仙台市青葉区国分町三丁目7-1

氏名〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕 株式会社仙台市役所
代表取締役 仙台 太郎

(連絡先電話番号： 022-214-8085)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	青葉 薫 (生年月日： 1975年 9月 5日)
住 所	〒980-0011 仙台市青葉区上杉一丁目5-1
販売従事登録年月日 及び登録番号	登録年月日：●●年●●月●●日 登録番号：●●●-●●●-●●●●●●
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称：ドラッグストア仙台市役所 許可番号：I●●●●●●
薬局若しくは店舗の 所在地又は配置販売業 の区域	仙台市青葉区国分町三丁目7-1 仙台市役所本庁舎6階

1. 業務期間 (2年 1月間)

令和3年 6月 ~ 令和5年 6月

〔このうち、要指導医薬品若しくは第1類医薬品を販売し、又は授与する薬局等において
業務に従事した期間 (年 月間)
年 月 ~ 年 月〕

2. 業務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた業務に該当する□にレを記入)

- ☒主に一般用医薬品の販売等の直接の業務
☒一般用医薬品の販売時の情報提供業務
☒一般用医薬品に関する相談対応業務
☒一般用医薬品の販売制度の内容等の説明業務
☒一般用医薬品の管理や貯蔵に関する業務
☒一般用医薬品の陳列や広告に関する業務

3. 業務時間 (該当する□にレを記入)

- ☒上記1の期間において、上記2の業務に1か月に合計80時間以上従事した。
☐上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計160時間以上従事した。
☐上記1の期間において、上記2の業務に従事し、合計 () 時間以上従事した。

4. 研修の受講 (受講した外部研修 (追加的な研修を含む。) の年月日及び概要を記載)

令和3年9月20日 ●●研修 ●●●●●に関する研修
令和4年9月2日 ▲▲研修 ▲▲▲▲▲に関する研修

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 業務の従事期間が2年以上ある登録販売者については、「2.業務内容」を「登録販売者として行った業務に該当する□にレを記入」と読み替える。
- 連絡先電話番号欄には当該証明の内容について仙台市保健所から照会があった場合に対応できる電話番号を記載すること。

実務従事証明書

●●年●●月●●日

青葉 薫 様

薬局開設者又は医薬品の販売業者

住所〔法人にあつては、主たる事務所の所在地〕 仙台市青葉区国分町三丁目7-1

氏名〔法人にあつては、名称及び代表者の氏名〕 株式会社仙台市役所
代表取締役 仙台 太郎

(連絡先電話番号： 022-214-8085)

以下のとおりであることを証明します。

氏 名	青葉 薫 (生年月日： 1975年 9月 5日)
住 所	〒980-0011 仙台市青葉区上杉一丁目5-1
薬局又は店舗の名称 及び許可番号	名称：ドラッグストア仙台市役所 許可番号：I●●●●●
薬局若しくは店舗の 所在地又は配置販売業 の区域	仙台市青葉区国分町三丁目7-1 仙台市役所本庁舎6階

- 実務期間 (2年 1月間)
令和3年 6月 ～ 令和5年 6月
- 実務内容 (期間内に薬剤師又は登録販売者の管理・指導の下で行われた実務に該当する□にレを記入)
☒主に一般用医薬品の販売等を補助する実務又は内容を知ることができる実務
☒資格者による一般用医薬品の販売時の情報提供を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
☒一般用医薬品に関する相談があった場合の対応を補助する実務又はその内容を知ることができる実務
☒一般用医薬品の販売制度の内容等の説明の方法を知ることができる実務
☒一般用医薬品の管理や貯蔵に関する実務
☒一般用医薬品の陳列や広告に関する実務
- 実務時間 (該当する□にレを記入)
☒上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計80時間以上従事した。
☐上記1の期間において、上記2の実務に1か月に合計160時間以上従事した。
☐上記1の期間において、上記2の実務に従事し、通算して合計 () 時間従事した。
- 研修の受講 (外部研修 (追加的な研修を含む。) の受講実績がある場合にあっては、受講した外部研修の年月日及び概要を記載)
令和3年9月20日 ●●研修 ●●●●●に関する研修
令和4年9月2日 ▲▲研修 ▲▲▲▲に関する研修

(注意)

- 用紙の大きさは、A4とする。
- 字は、墨、インク等を用い、楷書ではっきり書くこと。
- この証明に関する勤務簿の写し又はこれに準ずるものを添付する。
- 配置販売業にあっては、薬局又は店舗の名称の記載を要しない。
- 薬局又は店舗の名称、許可番号、薬局若しくは店舗の所在地又は配置販売業の区域については、これらの事項が書かれた資料を添付しても差し支えない。
- 連絡先電話番号欄には当該証明の内容について仙台市保健所から照会があった場合に対応できる電話番号を記載すること。

店舗販売業の兼営事業の種類 等 別紙[4]

許可番号	I●●●●●●	店舗の名称	ドラッグストア仙台市役所	記入年月日	●年●月●日
相談時及び緊急時の 連絡先 (電話番号・FAX番号・ メールアドレスなど)	連絡先電話番号等		種別 (例: 店舗電話番号)		
販売・授与する医薬品の区分 (該当するものにチェックをつけること)		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く。) <input type="checkbox"/> 第3類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品			
兼営事業の種類 (行っている事業にチェックをつけること)					
<input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器 (販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 管理医療機器 (販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 一般医療機器 (販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業			<input type="checkbox"/> 毒物劇物一般販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物農薬用品目販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物特定品目販売業 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし		

※以下は、管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること

みなし管理医療機器販売業貸与業届出			
業 種		①. 販売業 2. 貸与業	
取扱品目 (取扱う品目にレ点をつけ)	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)	※取扱い品目が家庭用のみの場合は、営業管理者設置は不要	
	<input checked="" type="checkbox"/> 管理 (補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特定管理医療機器以外の特定管理医療機器)	営業管理者	<input checked="" type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理者以外の者
	<input type="checkbox"/> 補聴器	氏名: 青葉 薫	
	<input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器	住所: 仙台市青葉区上杉一丁目5-1	
		営業管理者の資格: (該当する資格にレ点をつけること)	
		<input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 (薬剤師) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 (みなし合格者 元薬種商) <input checked="" type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 (基礎講習修了者) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 (その他:) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 号	

別紙[3]に記載の種別と資格が異なる場合、
営業管理者の資格を証明する書類(原本と
写し)の添付も必要になります。