

【記載例2】Q&AのQ4の(2)

責任役員以外の変更が生じ、令和3年8月1日以降に初めて変更届を提出する場合で令和3年7月31日時点の業務を行う役員と令和3年8月1日時点の責任役員が異なる場合

- (例) 令和3年7月31日時点の業務を行う役員：A氏  
 令和3年8月1日時点の責任役員：A氏及びB氏  
 令和3年9月1日に開設者事務所を変更

変 更 届 書

業 務 の 種 別		薬局	
許 可 番 号 及 び 年 月 日		〇〇第 〇〇〇〇〇〇〇 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、店舗、営業所	名 称	〇〇薬局	
	所 在 地	山形市城南町一丁目1番1号	
変更内容	事 項	変 更 前	変 更 後
	開設者事務所の所在地	山形市〇〇町・・・	山形市城南町一丁目1番1号
	責任役員	A (旧 業務を行う役員)	A、B
変 更 年 月 日		令和3年9月1日 本来の変更事項(責任役員以外の変更事項)の変更した(する)年月日	
備 考		A及びBが、令和3年8月1日から責任役員であり、これらの役員全員が、医薬品医療機器等法第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。	

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

提出日を記載してください。

あて先) 山形市保健所長

〒990-0000

住 所 (法人にあっては、主たる事業所の所在地)

山形市城南町一丁目1番1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 代表取締役 〇〇 〇〇

個人：個人の住所及び氏名

法人：登記された所在地・名称・代表者氏名

連絡(担当)者名： やまがた べに 連絡先 TEL： 080-0000-XXXX

ご担当者の氏名と連絡先を記載してください。