

薬局等の管理者及びその他の薬剤師・登録販売者の一覧表(変更届用)

事項		変更前	変更後
管理者	ふりがな氏名	年月日生	年月日生
	住所	〒	〒
	週あたり勤務時間数	時間	時間
		うち、調剤に従事する勤務時間	時間
	資格等種別 ※1	要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間
		要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間
	登録番号	第 号	第 号
登録年月日	年月日	年月日	
その他の薬剤師	ふりがな氏名	年月日生	年月日生
	住所	〒	〒
	週あたり勤務時間数	時間	時間
		うち、調剤に従事する勤務時間	時間
	資格等種別 ※1	要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間
		要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間
	登録番号	第 号	第 号
登録年月日	年月日	年月日	
は登録販売者	ふりがな氏名	年月日生	年月日生
	住所	〒	〒
	週あたり勤務時間数	時間	時間
		うち、調剤に従事する勤務時間	時間
	資格等種別 ※1	要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間
		要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間
	登録番号	第 号	第 号
登録年月日	年月日	年月日	

※1 □にレ点を付ける等して該当する種別が分かるように記載してください。

※2 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第140条第1項2号、第149条の2第1項第2号に該当する登録販売者以外の登録販売者。

(注意)

1 配置販売業者の場合、「薬局、店舗の名称等」の欄には配置販売業を行う者の氏名(法人にあつては名称)を記載してください。

2 店舗販売業者又は配置販売業者の場合、「調剤に従事する勤務時間」の欄は空欄のままとしてください。

薬局等の管理者及びその他の薬剤師・登録販売者の一覧表(変更届用)

事項		変更前	変更後
その他の薬剤師又は登録販売者	ふりがな氏名	年月日生	年月日生
	住所	〒	〒
	週あたり勤務時間数	時間	時間
		うち、調剤に従事する勤務時間	時間
	要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間	時間
		時間	時間
	資格等種別 ※1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (<input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者 ※2)	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (<input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者 ※2)
	登録番号	第 号	第 号
	登録年月日	年 月 日	年 月 日
	ふりがな氏名	年月日生	年月日生
	住所	〒	〒
	週あたり勤務時間数	時間	時間
		うち、調剤に従事する勤務時間	時間
	要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間	時間
		時間	時間
	資格等種別 ※1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (<input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者 ※2)	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (<input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者 ※2)
	登録番号	第 号	第 号
	登録年月日	年 月 日	年 月 日
	ふりがな氏名	年月日生	年月日生
	住所	〒	〒
週あたり勤務時間数	時間	時間	
	うち、調剤に従事する勤務時間	時間	時間
要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間	時間	
	時間	時間	
資格等種別 ※1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (<input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者 ※2)	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (<input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者 ※2)	
登録番号	第 号	第 号	
登録年月日	年 月 日	年 月 日	
ふりがな氏名	年月日生	年月日生	
住所	〒	〒	
週あたり勤務時間数	時間	時間	
	うち、調剤に従事する勤務時間	時間	時間
要指導・一般用医薬品の販売に従事する勤務時間	時間	時間	
	時間	時間	
資格等種別 ※1	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (<input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者 ※2)	<input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 登録販売者 (<input type="checkbox"/> 研修中の登録販売者 ※2)	
登録番号	第 号	第 号	
登録年月日	年 月 日	年 月 日	

※1 にレ点を付ける等して該当する種別が分かるように記載してください。

※2 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則第140条第1項2号、第149条の2第1項第2号に該当する登録販売者以外の登録販売者。