

薬局、店舗販売業に係る変更届

○事前の変更届

変更する前に届出を行うこと。(法第 10 条、規則第 16 条の 2)

届出事項	提出若しくは提示書類
1) 薬局・店舗の名称	<input type="checkbox"/> ①変更届書（様式第 6）
2) 相談時及び緊急時の 電話番号その他連絡先	<input type="checkbox"/> ①変更届書（様式第 6）
3) 薬剤師不在時間の有無 ＜薬局のみ＞	<input type="checkbox"/> ①変更届書（様式第 6） <input type="checkbox"/> ②薬剤師不在時間の対応についてのチェックリスト <input type="checkbox"/> ③薬剤師不在時間における薬局の適正な管理のための業務に関する手順書 <input type="checkbox"/> ④変更後の図面（新たに閉鎖設備等を設けた場合のみ）
4) 特定販売を開始する場合	<input type="checkbox"/> ①変更届書（様式第 6） <input type="checkbox"/> ②特定販売関係事項を記載した書類 <input type="checkbox"/> ③業務体制表
5) 既に届出した特定販売を 廃止する場合	<input type="checkbox"/> ①変更届書（様式第 6） <input type="checkbox"/> ②業務体制表
6) 既に届出した特定販売に ついてアからカの内容が 変更となる場合	<input type="checkbox"/> ①変更届書（様式第 6） <input type="checkbox"/> ②業務体制表：以前の提出内容と同じ場合は、添付 不要。
ア) 特定販売を行う際に使用する通信手段 イ) 特定販売を行う医薬品区分 ＜第 1 類医薬品、指定第 2 類医薬品、第 2 類医薬品、第 3 類医薬品及び薬局製造販売 医薬品（毒薬及び劇薬であるものを除く）＞ ウ) 特定販売を行う時間及び営業時間のうち特定販売のみを行う時間がある場合は その時間 エ) 特定販売の広告表示に使用する薬局又は店舗販売業の名称が、許可証に記載され た名称と異なる場合、その名称 オ) 特定販売を行うことについてインターネットを利用して広告するときの主たる ホームページアドレス カ) 当該薬局又は店舗販売業の営業時間のうち、特定販売のみを行う時間がある場合、 必要な設備の概要	
7) 健康サポート薬局である旨 の表示の有無	「健康サポート薬局に係る届出の手引き」を参照して ください。

様式第六 <記載例1：特定販売>

変更届書

業 務 等 の 種 別		薬 局		①
許 可 番 号 、 認 定 番 号 又 は 登 録 番 号 及 び 年 月 日		第 薬 局 - 〇〇〇〇〇 号、〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		②
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	〇〇 薬 局		③
	所 在 地	東 大 阪 市 〇〇 町 〇 丁 目 〇 番 〇 号 〇〇 ビル 1 階		④
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後	
	特定販売の開始	—	別添のとおり	⑤
変 更 年 月 日		〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		⑥
備 考		担当者氏名：〇〇 連絡先：〇〇〇〇-〇〇〇〇		⑦

上記により、変更の届出をします。

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東 大 阪 市 〇〇 町 〇 丁 目 〇 番 〇 号

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株 式 会 社 〇〇 薬 局
代表取締役 ◆◆◆◆

(宛先) 東大阪市長

様式第六 <記載例2：薬局・店舗の名称>

変更届書

業 務 等 の 種 別		薬 局		①
許 可 番 号 、 認 定 番 号 又 は 登 録 番 号 及 び 年 月 日		第 薬 局 ー 〇 〇 〇 〇 〇 号 、 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日		②
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	〇〇薬局		③
	所 在 地	東 大 阪 市 〇 〇 町 〇 丁 目 〇 番 〇 号 〇 〇 ビ ル 1 階		④
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後	⑤
	薬 局 の 名 称	やくむトライ薬局	やくむきらり薬局	
変 更 年 月 日		〇〇年〇〇月〇〇日		⑥
備 考		担当者氏名：〇〇 連絡先：〇〇〇〇ー〇〇〇〇		⑦

上記により、変更の届出をします。

〇〇年〇〇月〇〇日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 東大阪市〇〇町〇丁目〇番〇号

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社〇〇薬局

代表取締役 ◆◆ ◆◆

(宛先) 東大阪市長

<記載上の留意事項（事前の変更届書）>

- ① 業務等の種別
 - ・「薬局」又は「店舗販売業」と記載すること。
- ② 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日
 - ・許可番号は、許可証に記載されている番号を「第」から「号」まで記載すること。
 - ・許可年月日は、許可証に記載されている有効期間の開始年月日を記載すること。発行年月日と間違えないこと。
- ③ 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所の名称
 - ・許可証に記載された名称を記載すること。
 - ・名称変更の場合、変更後の名称を記載すること。
- ④ 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所の所在地
 - ・許可証に記載された所在地を記載すること。
- ⑤ 変更内容
 - ・変更事項を記載すること。
 - ・新たに特定販売を開始する場合は、変更後欄に「別添のとおり」とし、【特定販売関係事項を記載した書類】に内容を記入の上、添付すること。
- ⑥ 変更年月日
 - ・事前の届出となりますので、⑧の提出日以降の年月日を記載すること。
- ⑦ 備考
 - ・担当者の氏名及び連絡先を記載すること。
- ⑧ 提出年月日
 - ・保健所窓口へ提出した年月日を記載すること。
- ⑨ 申請者の住所及び氏名
 - ・法人の場合は、登記されている本店の所在地、商号及び代表取締役氏名を記載すること。

特定販売関係事項を記載した書類：＜記載例１＞

法第４条第３項第４号ロ、第９条の４、規則第１条第４項、第１５条の１４ 関係

1	使用する通信手段	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> 郵便 <input checked="" type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> テレビ電話 <input type="checkbox"/> その他< >	①
2	医薬品の区分	<input type="checkbox"/> 第１類 <input type="checkbox"/> 指定第２類 <input checked="" type="checkbox"/> 第２類 <input checked="" type="checkbox"/> 第３類 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品（薬局のみ）	②
3	特定販売を行う時間	月～金 １０時～１９時、土 １０時～１４時	③
4	3のうち実店舗が閉鎖している時間（特定販売のみを行う時間です）	<input type="checkbox"/> 有：店舗終了後から 時まで <input checked="" type="checkbox"/> 無	④
5	広告の方法	<input checked="" type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 郵送案内 <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> 電子メール <input checked="" type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他< >	⑤
6	広告で使用する薬局、店舗の名称（申請書に記載した名称と同一か否か）	<input type="checkbox"/> 同じ <input checked="" type="checkbox"/> 異なる名称 ・ キラキラドラッグ ・ ・	⑥
7	インターネットを利用した広告をする場合	主たるホームページアドレス、パスワード（必要な場合） ・ abc@defg.lg.jp <パスワード：.....> ・ <パスワード：.....> ・ <パスワード：.....> 構成概要を確認できる次の紙媒体を添付すること (ア) 店舗名称の表示ページ (イ) 医薬品の表示ページ (ウ) 掲示事項の表示ページ	⑦
8	4が有の場合は必要な設備の概要	・ 電話<番号：.....> ・ 電子メール<アドレス：.....> ・ デジタルカメラ ・ デジタルカメラの撮影画像を電子メールに添付する設備（ケーブルなど）	⑧
備考	・ 営業時間外（実店舗の開店時間と特定販売を行う時間以外）の医薬品注文受付時間 <input checked="" type="checkbox"/> 有 < 営業時間外の365日24時間 > <input type="checkbox"/> 無		⑨
	・ 通信手段の設置場所 <input type="checkbox"/> < > <input checked="" type="checkbox"/> 別添の図面に記載		⑩

特定販売関係事項を記載した書類<記載例2>

法第4条第3項第4号ロ、第9条の4、規則第1条第4項、第15条の14 関係

1	使用する通信手段	<input checked="" type="checkbox"/> 電話 <input checked="" type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> テレビ電話 <input type="checkbox"/> その他< >	⑪
2	医薬品の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 第1類 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類 <input checked="" type="checkbox"/> 第3類 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品（薬局のみ）	⑫
3	特定販売を行う時間	<input type="checkbox"/> 時～ 時 <input checked="" type="checkbox"/> 開局（店）時間と同じ	⑬
4	3のうち実店舗が閉鎖している時間（特定販売のみを行う時間です）	<input type="checkbox"/> 有： <input checked="" type="checkbox"/> 無	⑭
5	広告の方法	<input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 郵送案内 <input type="checkbox"/> カタログ <input type="checkbox"/> 電子メール <input type="checkbox"/> インターネット <input checked="" type="checkbox"/> その他< なし	⑮
6	広告で使用する薬局、店舗の名称（申請書に記載した名称と同一か否か）	<input checked="" type="checkbox"/> 同じ <input type="checkbox"/> 異なる名称 ・ ・ ・	⑯
7	インターネットを利用した広告をする場合	主たるホームページアドレス、パスワード（必要な場合） ・ <パスワード：> ・ <パスワード：> ・ <パスワード：> 構成概要を確認できる次の紙媒体を添付すること (エ) 店舗名称の表示ページ (オ) 医薬品の表示ページ (カ) 掲示事項の表示ページ	⑰
8	4が有の場合は必要な設備の概要	・ 電話<番号：> ・ 電子メール<アドレス：> ・ デジタルカメラ ・ デジタルカメラの撮影画像を電子メールに添付する設備（ケーブルなど）	⑱
備	・ 営業時間外（実店舗の開店時間と特定販売を行う時間以外）の医薬品注文受付時間 <input type="checkbox"/> 有 < > <input checked="" type="checkbox"/> 無		⑲
考	・ 通信手段の設置場所 <input checked="" type="checkbox"/> < 情報提供カウンター右端に設置した電話、ファックス > <input type="checkbox"/> 別添の図面に記載		⑳

<記載上の留意事項（特定販売関係事項を記載した書類）>

①⑪ 使用する通信手段

- ・ 該当箇所に☑をつけること。

②⑫ 特定販売を行う医薬品の区分

- ・ 該当箇所に☑をつけること。

③⑬ 特定販売を行う時間

- ・ 具体的に、曜日と時間を記載してください。

例：月～金 9時～18時、土 9時～14時。

- ・ 開局時間又は店舗の開店時間と同じ場合は、該当箇所に☑をつけること。

④⑭ 実店舗が閉鎖している時に特定販売を行う時間がある場合は、その時間

- ・ 「店舗終了後から〇〇時まで」と記載しにくい場合や、曜日ごとに異なるなど複雑な場合は「業務体制表のとおり」とすること。

⑤⑮ 広告の方法

- ・ 該当箇所に☑をつけること。

⑥⑯ 広告で使用する薬局又は店舗販売業の名称が許可証に記載された名称と異なる場合、その名称を記載すること。ホームページ毎に異なる名称がある場合は、すべて記載すること。

⑦⑰ インターネットを利用した広告をする場合、主たるホームページアドレスと必要なパスワードを記載すること。ホームページアドレスは、その店舗のトップページアドレスとする。

⑧⑱ 特定販売を行う時間のうち、実店舗が閉鎖している時間（営業時間のうち特定販売のみを行う時間）がある場合の薬局又は店舗の設備として、「電話、電子メール、デジカメ」が必要となることから、その概要を記載すること。

⑨⑲ 備考欄

営業時間外（実店舗の開店時間と特定販売を行う時間以外）の医薬品注文受付時間

- ・ 有に☑をした場合、その時間を記載すること。ファックスやインターネットで時間指定なく注文ができる場合は、「営業時間外の365日24時間」と記載すること。

⑩⑳ 備考欄

通信手段の設置場所

- ・ 特定販売を実施するための通信手段の設置場所を記載すること。
- ・ 通信手段の設置場所を記載した薬局又は店舗の図面を添付することでも良い。