

変更届書

業 務 の 種 別		薬局	
許 可 番 号 及 び 年 月 日		千保第 1111 号 平成 2 年 4 月 1 日 令和	
薬局、店舗又は営業所	名 称	薬局かそいーぬ	
	所在地	美浜区幸町 1-3-9	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	責任役員	源町 風太	加曽利 犬 源町 風太
変 更 年 月 日		令和〇年〇月〇日	
備 考		変更後の責任役員は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掲げる者に 該当しない。	

許可証に記載されている、「有効期間の開始日」を入れてください。

責任役員は、変更前・変更後ともに、全員分を記載してください。

記載してください。

変更後30日を過ぎて届け出る場合には、遅延理由書が必要です。

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

1 法人の情報の前後を確認できる謄本（履歴事項全部証明書等）の原本を添付してください。

2 郵送にて届け出る場合の届出日は、保健所が届出内容を確認し受理した日となります。届出日が変更後30日以降となる場合は、遅延理由書の添付が必要となりますので、ご注意ください。

変更後の責任役員が「法第5条第3号イからトまでのいずれかに掲げる者」に該当するか否かを判断し、備考欄に追記してください。

- 1 該当するとき  
そのいずれに該当するかを記載し、必要に応じ診断書等を添付してください。
- 2 該当しないとき  
上記記載例のように記載してください。

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

若葉区桜木8-33

変更後の情報

氏 名  
（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社かそいーぬ  
代表取締役 加曽利 犬

千葉県保健所長 殿

担当者名 花都 ちはな  
連絡先電話番号 043-238-9967  
連絡先電子メールアドレス \*\*\*\*\*@kasori-nu.ne.jp