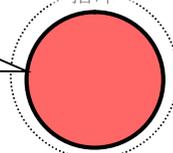


差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



変更届書

| | | | |
|---------------------------------|--|---|-------|
| 業務の種類別 | 薬局 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 指令松保第123号 平成28年6月15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 | しまね薬局 | |
| | 所在地 | 松江市殿町1番地 | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| | 業務を行う役員の氏名 | 松江 太郎 | 出雲 花子 |
| | | <p>変更後の役員が、医薬品医療機器法第5条第3号イからニまでのいずれかに掲げる者又は成年被後見人に該当するときはそのいずれに該当するかを記載し、該当しないときは、本記載例のとおり記載すること。</p> | |
| 変更年月日 | 平成30年6月1日 | | |
| 備考 | <p>変更後の役員は、医薬品医療機器法第5条第3号イからニまでのいずれかに掲げる者及び成年被後見人に該当しない。</p> <p>添付書類の省略は別紙のとおり</p> | | |
| | | <p>書類の添付を省略する場合は、「添付書類の省略は別紙のとおり」と記載し、添付書類省略一覧表を添付すること。</p> | |

上記により、変更の届出をします。

平成30年6月15日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

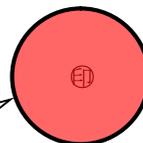
代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

島根県松江保健所長

殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。



差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印

変更届書

| | | | |
|----------------------|--|------------------------------|------------------------------------|
| 業務の種類別 | 薬局 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 指令松保第123号 平成28年6月15日 | | |
| 変更内容 | <p>薬局の管理者は、届け出ようとする薬局以外の場所で業として薬局の管理その他薬事に関する実務に従事する者でないこと。ただし、別手続きにより兼務許可を受けたときは除く。</p> | <p>しまね薬局</p> <p>松江市殿町1番地</p> | <p>許可証に記載された有効期間の期始年月日を記載すること。</p> |
| | 変更前 | 変更後 | |
| 変更年月日 | 平成30年6月1日 | | |
| 備考 | <p>添付書類の省略は別紙のとおり</p> <p>書類の添付を省略する場合は、「添付書類の省略は別紙のとおり」と記載し、添付書類省略一覧表を添付すること。</p> | | |

上記により、変更の届出をします。

平成30年6月15日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

島根県松江保健所長

殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。

差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印

変更届書

| | | | |
|---------------------------------|--|--|---------------------------------|
| 業務の種類別 | 薬局 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 指令松保第123号 平成28年6月15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 | しまね薬局 | |
| | 所在地 | 松江市殿町1番地 | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| | 薬局の管理者以外の当該薬局において薬事に関する実務に従事する薬剤師の氏名 | 出雲 花子 | 浜田 次郎 週当たり勤務時間数等については、別紙のとおり |
| | | 具体的な氏名を記載する代わりに、「〇年〇月〇日付け変更届書のとおり」等と記載してもよい。 | 別紙「薬剤師及び登録販売者一覧表」を添付すること。 |
| 変更年月日 | 平成30年6月1日 | | |
| 備考 | 添付書類の省略は別紙のとおり | | |
| | 書類の添付を省略する場合は、「添付書類の省略は別紙のとおり」と記載し、添付書類省略一覧表を添付すること。 | | |

上記により、変更の届出をします。

平成30年6月15日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

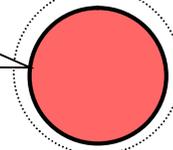
島根県松江保健所長

殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。

差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



変更届書

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|-------------------------|--------|
| 業務の種類別 | 薬局 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 指令松保第123号 平成28年6月15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 | しまね薬局 | |
| | 所在地 | 松江市殿町1番地 | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| | 薬局の構造設備の主要部分 | 平成〇〇年〇月〇日付け 変更届書のとおり | 別紙のとおり |
| 変更年月日 | 平成30年6月1日 | | |
| 備考 | | | |

上記により、変更の届出をします。

平成30年6月15日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

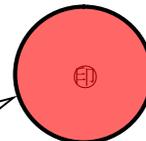
代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

島根県松江保健所長

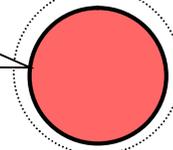
殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。



差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



変更届書

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|----------|--|
| 業務の種類別 | 薬局 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 指令松保第123号 平成28年6月15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 | しまね薬局 | |
| | 所在地 | 松江市殿町1番地 | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| | 無菌調剤室提供薬局 | なし | 許可番号:松保第111号 許可年月日:平成30年4月1日 名称:まつえ薬局 所在地:松江市母衣町1番地 |
| 変更年月日 | 平成30年6月1日 | | |
| 備考 | | | |

許可証に記載された有効期間の開始年月日を記載すること。

上記により、変更の届出をします。

平成30年6月15日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

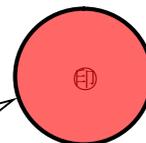
代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

島根県松江保健所長

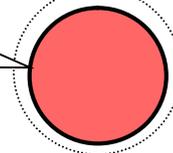
殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。



差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



変更届書

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|-------------------------|--------|
| 業務の種類別 | 薬局 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 指令松保第123号 平成28年6月15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 | しまね薬局 | |
| | 所在地 | 松江市殿町1番地 | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| | 通常の営業日及び営業時間 | 平成〇〇年〇月〇日付け 変更届書のとおり | 別紙のとおり |
| 変更年月日 | 平成30年6月1日 | | |
| 備考 | | | |

許可証に記載された有効期間の開始年月日を記載すること。

上記により、変更の届出をします。

平成30年6月15日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

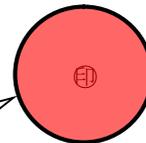
代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

島根県松江保健所長

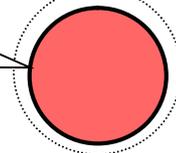
殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。



差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



変更届書

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------|---|--|
| 業務の種類別 | 薬局 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 指令松保第123号 平成28年6月15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 | しまね薬局 | |
| | 所在地 | 松江市殿町1番地 | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| | 相談時及び緊急時の電話番号その他連絡先 | TEL:0852-23-1317 FAX:0852-31-6694 E-mail: matsue-hc@pref.shimane.lg.jp | TEL:0852-22-5264 FAX:0852-22-6041 E-mail: shimane-fd@pref.shimane.lg.jp |
| 変更年月日 | 平成30年9月1日 | | |
| 備考 | 提出年月日よりも後の年月日を記載すること。 | | |

許可証に記載された有効期間の開始年月日を記載すること。

上記により、変更の届出をします。

平成30年8月20日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

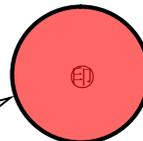
代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

島根県松江保健所長

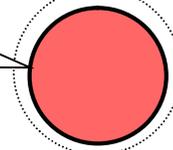
殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。



差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



変更届書

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------|----------|-----|
| 業務の種類別 | 薬局 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 指令松保第123号 平成28年6月15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 | しまね薬局 | |
| | 所在地 | 松江市殿町1番地 | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| | 特定販売の実施の有無 | 無 | 有 |
| 変更年月日 | 平成30年9月1日 | | |
| 備考 | 提出年月日よりも後の年月日を記載すること。 | | |

許可証に記載された有効期間の開始年月日を記載すること。

上記により、変更の届出をします。

平成30年8月20日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

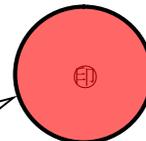
代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

島根県松江保健所長

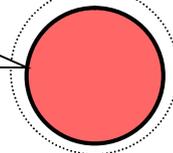
殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。



差し支えなければ捨印（法人による申請にあっては代表者印）を押印すること。

捨印



変更届書

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------|----------|-----|
| 業務の種類別 | 薬局 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 指令松保第123号 平成28年6月15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 | しまね薬局 | |
| | 所在地 | 松江市殿町1番地 | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| | 薬剤師不在時間の有無 | 無 | 有 |
| 変更年月日 | 平成30年9月1日 | | |
| 備考 | 提出年月日よりも後の年月日を記載すること。 | | |

許可証に記載された有効期間の開始年月日を記載すること。

上記により、変更の届出をします。

平成30年8月20日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

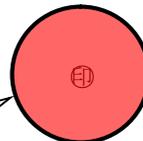
代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

島根県松江保健所長

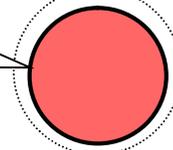
殿

法人による申請にあっては、登記された代表者印を押印すること。



差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印



変更届書

| | | | |
|---------------------------------|-----------------------|----------|-----|
| 業務の種類別 | 薬局 | | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | 指令松保第123号 平成28年6月15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 | しまね薬局 | |
| | 所在地 | 松江市殿町1番地 | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 |
| | 健康サポート薬局である旨の表示の有無 | 無 | 有 |
| 変更年月日 | 平成30年9月1日 | | |
| 備考 | 提出年月日よりも後の年月日を記載すること。 | | |

許可証に記載された有効期間の開始年月日を記載すること。

上記により、変更の届出をします。

平成30年8月20日

提出年月日を記載すること。

住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

松江市殿町1番地

氏名（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

株式会社しまね薬品

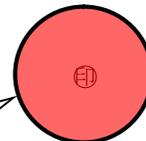
代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

島根県松江保健所長

殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。



差し支えなければ捨印（法人による申請にあつては代表者印）を押印すること。

捨印

変更届書

| | | | |
|---------------------------------|---------------------------|--|--------------------------------|
| 業 務 の 種 別 | | 薬局製造販売医薬品製造業 | |
| 許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日 | | 指令松保第123号 平成28年6月15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 | しまね薬局 | |
| | 所在地 | 松江市殿町1番地 | |
| 変更内容 | 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 |
| | 薬局の構造設備の主要部分(委託先登録試験検査機関) | 公益社団法人 広島県薬剤師会 広島県薬剤師検査センター | 一般社団法人 岡山県薬剤師会 医薬品検査センター |
| | | 登録試験検査機関を変更した場合は、利用しようとする試験検査機関の利用契約書の原本を持参すること。 (内容確認後、返戻します。) | |
| 変 更 年 月 日 | | 平成30年6月1日 | |
| 備 考 | | 新たな登録試験検査機関の利用契約年月日を記載すること。 | |

許可証に記載された有効期間の開始年月日を記載すること。

上記により、変更の届出をします。

平成30年6月15日

提出年月日を記載すること。

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

松江市殿町1番地

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

株式会社しまね薬品

代表取締役 島根 太郎

提出先の保健所名を記載すること。

島根県松江保健所長

殿

法人による申請にあつては、登記された代表者印を押印すること。