第５号様式（第５条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 薬局等外薬事従事許可証書換え交付申請書  　　年　　月　　日  （あて先）長崎市長  　住所  氏名  　次のとおり　年　月　日長崎市指令生衛第　　号により許可のあった薬局等外 薬事従事について、長崎市医薬品、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細則第５条の規定により書換え交付を申請します。 | | | | |
| 管理している  薬局、店舗又は営業所 | | 名　　称 |  | |
| 所 在 地 |  | |
| 許可番号 |  | |
| 兼務する場所 | | 名　　称 |  | |
| 所 在 地 |  | |
| 兼務する業務の  内容 | |  | | |
| 変更内容 | 事　　　項 | 変　更　前 | | 変　更　後 |
|  |  | |  |
| 変更年月日 | | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 備考 | | | | |

※薬局等外薬事従事許可証を添えて申請してください。