（別紙４）

研修実施機関研修変更届出

　　年　　月　　日

厚生労働大臣　殿

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

住　所　〒

（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

氏 名

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15条の11の３第６項（第147条の11の３第４項及び第149条の16第４項の規定により準用する場合も含む。）及び「登録販売者に対する研修の実施に係る取扱いについて」（薬生総発0329第４号令和４年３月29日厚生労働省医薬・生活衛生局総務課長通知）の規定に基づき、下記のとおり変更の届出をします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発生年月日 |  | |
| 変更事項 | 変更前 | 変更後 |
|  |  |  |
| 備考 |  | |

※記入上の注意

　・用紙の大きさはＡ４とすること。

・欄が不足する場合は別紙とすること。

　・本様式の内容を具備しているときは、任意様式によることができる。