

変更届書

業 務 の 種 別		店舗販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第 I●●●●●● 号 ●● 年 ●● 月 ●● 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	ドラッグストア仙台市役所	
	所 在 地	〒 980 - 8671 仙台市 青葉 区 国分町三丁目7-1 仙台市役所本庁舎6階 TEL 022 (214) 8085	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	店舗の名称	ドラッグストア仙台市役所本庁舎	ドラッグストア仙台市役所
変 更 年 月 日		●● 年 ●● 月 ●● 日	
備 考	施行令第49条の規定による管理医療機器販売業貸与業届出の特例に <input checked="" type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない		

年月日は許可証にある有効期間の開始日を記入してください。

店舗の名称変更は変更日より前に提出してください。

管理医療機器の販売業・貸与業の届出を兼ねる場合は、「該当する」にチェックしてください。
※「届書作成時の注意点」を参照ください。

上記により、変更の届出をします。

●●年 **●●**月 **●●**日

郵送提出の場合→発送年月日
窓口提出の場合→提出年月日

(あて先) 仙台市保健所長

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) **仙台市青葉区国分町三丁目7-1**

氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) **株式会社仙台市役所
代表取締役 仙台 太郎**

TEL **022 (214) 8085**

連絡(担当)者名 **青葉 薫**

連絡先 TEL **022-214-8085**

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつき

届出内容について分かる方のお名前と連絡先をお願いします。
内容について問い合わせる場合があります。