

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	事 項	変 更 前	変 更 後
	<ol style="list-style-type: none"> 1 相談時及び緊急時の連絡先 2 販売・授与する医薬品の区分 3 兼営事業の種類 	別紙のとおり	別紙のとおり
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"/> 別紙[4]のとおり該当する <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。

相談時及び緊急時の連絡先を変更する場合は、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。

●●年 ●●月 ●●日

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。

変更前 店舗販売業の兼営事業の種類等 別紙[4]

許可番号	I●●●●●●	店舗の名称	ドラッグストア仙台市役所	記入年月日	●年●月●日
相談時及び緊急時の 連絡先 (電話番号・FAX番号・ メールアドレスなど)	連絡先電話番号等		種別(例:店舗電話番号)		
	022-●●●●-●●●●●●		店舗電話番号		
販売・授与する医薬品の区分 (該当するものにチェックをつけること)		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く。) <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品			
兼営事業の種類(行っている事業にチェックをつけること)					
<input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器(販売業・貸与業) <input checked="" type="checkbox"/> 管理医療機器(販売業・貸与業) <input checked="" type="checkbox"/> 一般医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業		<input type="checkbox"/> 毒物劇物一般販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物農業用品目販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物特定品目販売業 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			

※以下は、管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること

みなし管理医療機器販売業貸与業届出		
業種	1. 販売業 2. 貸与業	
取扱品目 (取扱う品目にレ点をつけること)	<input type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)	※取扱い品目が家庭用のみの場合は、営業管理者設置は不要
	<input type="checkbox"/> 管理 (補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特定管理医療機器以外の特定管理医療機器)	営業管理者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理者以外の者 氏名:
	<input type="checkbox"/> 補聴器	住所:
	<input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器	営業管理者の資格:(該当する資格にレ点をつけること) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(薬剤師) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(みなし合格者 元薬種商) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(基礎講習修了者)
	<input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器	<input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(その他:) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 号

変更後 店舗販売業の兼営事業の種類等 別紙[4]

許可番号	I●●●●●	店舗の名称	ドラッグストア仙台市役所	記入年月日	●年●月●日
相談時及び緊急時の 連絡先 (電話番号・FAX番号・ メールアドレスなど)	連絡先電話番号等		種別(例:店舗電話番号)		
	022-●●●●-●●●●●		店舗電話番号		
	022-●●●●-●●●●●		店舗FAX番号		
販売・授与する医薬品の区分 (該当するものにチェックをつけること)		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く。) <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品			
兼営事業の種類(行っている事業にチェックをつける)					
<input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input checked="" type="checkbox"/> 高度管理医療機器(販売業・貸与業) <input checked="" type="checkbox"/> 管理医療機器(販売業・貸与業) <input checked="" type="checkbox"/> 一般医療機器(販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 医薬部外品販売業 <input type="checkbox"/> 化粧品販売業		「医薬品の区分」を変更される場合、併せて 「営業時間」、「構造設備」の変更届が必要 となる場合があります。 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			

※以下は、管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること

みなし管理医療機器販売業貸与業届出		
業種	1. 販売業 2. 貸与業	
取扱品目 (取扱う品目にレ点をつけること)	<input type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)	※取扱い品目が家庭用のみの場合は、営業管理者設置は不要
	<input type="checkbox"/> 管理 (補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特 定管理医療機器以外の特定管理医療機器)	営業管理者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理者以外の者 氏名:
	<input type="checkbox"/> 補聴器	住所:
	<input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器	営業管理者の資格: (該当する資格にレ点をつけること) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(薬剤師) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(みなし合格者 元薬種商) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(基礎講習修了者)
	<input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器	<input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(その他:) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 号