

変更届書

業 務 の 種 別		<input type="checkbox"/> 管理医療機器（特定を除く） <input type="checkbox"/> 特定管理医療機器（以下を除く） <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器		<input type="checkbox"/> 販売業 <input type="checkbox"/> 貸与業
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		(整理番号：第K 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			
	所 在 地	〒 ー 仙台市 区 TEL ( )		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後	
	1 開設者の氏名 2 開設者の住所 ※該当する番号を○で囲むこと。			
変 更 年 月 日		年 月 日		
備 考	※薬局等許可をお持ちで施行令第 49 条の届出の特例に該当する届出を行った方は、許可番号をご記入ください。(第 号)			

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

住所 ( 法人にあつては、主たる事務所の所在地 )

氏名 ( 法人にあつては、名称及び代表者の氏名 )

(あて先) 仙台市保健所長

TEL ( )

連絡 (担当) 者名

連絡先 TEL

(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、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 管理医療機器の販売業又は貸与業にあつては、許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日欄にその販売業又は貸与業の届出を行った年月日を記載すること。