

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	〒 ー		
	所 在 地	仙台市 区 TEL ()		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後	
	構造設備の主要部分	別紙のとおり	別紙のとおり	
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。

変更前 (管理医療機器)営業所の構造設備概要 等 別紙[1]

整理番号		営業所の名称		記入年月日	
建物の構造	全体の面積 _____m ² (賃貸借の場合は、専有している面積) 木造・鉄筋・モルタル・() 造り _____階建て _____階使用				
営業所の総面積①+②	_____m ²	営業所(事務室及び売場等)の面積①		_____m ²	
		①以外で医療機器を保管する場所の面積②		_____m ²	
営業所と他の場所との区分	壁・扉・床ライン・床の色・その他()				
②と他の場所との区分	壁・扉・床ライン・床の色・その他()				
保管陳列設備	戸棚 ・ ガラスケース ・ ロッカー ・ 冷蔵庫 その他()				
	材 質			換 気 の 方 法	
	床	天 井	壁		
事務室等				機械換気・自然換気	
保管庫等				機械換気・自然換気	
※床・天井・壁の材質の例：コンクリート・石膏ボード・岩綿吸音板・フローリング・リノリウム・合板・Pタイル・長尺シート 等					
営業所の平面図(別紙可。ただし、用紙の大きさはA4もしくはA3とすること。)					
寸法を記入し、保管貯蔵設備を赤色で図示すること。					

※オフィスビルやショッピングセンター等のフロアの一面に営業所を設ける場合は、当該営業所の位置を明示したフロア全体図を添付してください。

変更後 (管理医療機器)営業所の構造設備概要 等 別紙[1]

整理番号		営業所の名称		記入年月日	
建物の構造	全体の面積 _____m ² (賃貸借の場合は、専有している面積) 木造・鉄筋・モルタル・() 造り _____階建て _____階使用				
営業所の総面積①+②	_____m ²	営業所(事務室及び売場等)の面積①		_____m ²	
		①以外で医療機器を保管する場所の面積②		_____m ²	
営業所と他の場所との区分	壁・扉・床ライン・床の色・その他()				
②と他の場所との区分	壁・扉・床ライン・床の色・その他()				
保管陳列設備	戸棚 ・ ガラスケース ・ ロッカー ・ 冷蔵庫 その他()				
	材 質			換 気 の 方 法	
	床	天 井	壁		
事務室等				機械換気・自然換気	
保管庫等				機械換気・自然換気	
※床・天井・壁の材質の例：コンクリート・石膏ボード・岩綿吸音板・フローリング・リノリウム・合板・Pタイル・長尺シート 等					
営業所の平面図(別紙可。ただし、用紙の大きさはA4もしくはA3とすること。)					
寸法を記入し、保管貯蔵設備を赤色で図示すること。					

※オフィスビルやショッピングセンター等のフロアの一面に営業所を設ける場合は、当該営業所の位置を明示したフロア全体図を添付してください。