**様式第六**（第百七十四条関係）

変更届書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種別 | | | |  | |
| 許可番号、認定番号又は  登録番号及び年月日 | | | | 第Ｍ　　　　　　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 | | 〒　　　－  仙台市　　　　　区    TEL （ ） | |
| 変更内容 | 事　項 | | 変　更　前 | | 変　更　後 |
| 営業所管理者 | | 別紙のとおり | | 別紙のとおり |
| 変更年月日 | | | | 年　　　　月　　　　　日 | |
| 備考 | | | |  | |

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

法人にあつては、名

称及び代表者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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　業務の種別欄には、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業（指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業又は貸与業を除く。）、指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業若しくは貸与業の別を記載すること。