

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	〒 ー 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 )

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 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。



変更前

(高度管理医療機器等)管理者及び兼営事業の種類等別紙[2] 裏面

管理者資格（該当する資格にレ点をつけること）	
<input type="checkbox"/>	基礎講習修了者（高度管理医療機器等）
<input type="checkbox"/>	基礎講習修了者（コンタクトレンズ）
<input type="checkbox"/>	基礎講習修了者（プログラム高度管理医療機器）
<input type="checkbox"/>	医師
<input type="checkbox"/>	歯科医師
<input type="checkbox"/>	薬剤師
<input type="checkbox"/>	学歴要件（大学等） ※大学等で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者
<input type="checkbox"/>	学歴要件（旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校） ※旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者
<input type="checkbox"/>	医療機器の修理業の責任技術者の要件を満たす者
<input type="checkbox"/>	薬事法改正前の薬種商販売業許可を受けた店舗の適格者で販売業従事登録を受けた者 ※登録販売者試験合格者は該当しません。
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

様式(M-2)

変更後(高度管理医療機器等)管理者及び兼営事業の種類等 別紙[2]

許可番号		営業所の名称		記入年月日	
業 種		1. 販売業 2. 貸与業			
営業内容 〈参考〉	(↓該当する項目にレ点をつけること)				
	販売業	<input type="checkbox"/> 現物を取扱う(試用サンプル含む) <input type="checkbox"/> サンプル掲示のみ行う <input type="checkbox"/> 現物は取り扱わない(伝票販売) <input type="checkbox"/> 販売実績なし			
		販売先	<input type="checkbox"/> 個人ユーザー <input type="checkbox"/> 医療機関(医科) <input type="checkbox"/> 医療機関(歯科) <input type="checkbox"/> 医療機関(薬局) <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 許可業者 <input type="checkbox"/> その他( )		
	貸与業	<input type="checkbox"/> 現物を保管管理する <input type="checkbox"/> 現物は取り扱わない <input type="checkbox"/> 貸与実績なし			
		貸与先	<input type="checkbox"/> 個人ユーザー <input type="checkbox"/> 医療機関(医科) <input type="checkbox"/> 医療機関(歯科) <input type="checkbox"/> 医療機関(薬局) <input type="checkbox"/> 福祉施設 <input type="checkbox"/> 許可業者 <input type="checkbox"/> その他( )		
	中古品	<input type="checkbox"/> 中古品は取り扱わない		<input type="checkbox"/> 中古品を取扱う	
	冷所品	<input type="checkbox"/> 冷所品は取り扱わない		<input type="checkbox"/> 冷所品を取扱う	
	主な取扱品目:				
管理者	氏 名				
	住 所				
取 扱 品 目	(↓取扱う品目にレ点をつけること)				管理者の資格  裏面の該当する資格にレ点をつけること
	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ				
	<input type="checkbox"/> プログラム高度管理医療機器				
	<input type="checkbox"/> 上記以外の高度管理医療機器				
<input type="checkbox"/> 特定保守管理医療機器					
兼営事業の種類 (↓行っている事業にレ点をつけること)					
<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品店舗販売業 <input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input type="checkbox"/> 管理医療機器 (販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 一般医療機器 (販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造業			<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"/> 毒物劇物農薬用品目販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物特定品目販売業 <input type="checkbox"/> 医療機器修理業 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし		

変更後

(高度管理医療機器等)管理者及び兼営事業の種類等別紙[2] 裏面

管理者資格（該当する資格にレ点をつけること）	
<input type="checkbox"/>	基礎講習修了者（高度管理医療機器等）
<input type="checkbox"/>	基礎講習修了者（コンタクトレンズ）
<input type="checkbox"/>	基礎講習修了者（プログラム高度管理医療機器）
<input type="checkbox"/>	医師
<input type="checkbox"/>	歯科医師
<input type="checkbox"/>	薬剤師
<input type="checkbox"/>	学歴要件（大学等） ※大学等で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者
<input type="checkbox"/>	学歴要件（旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校） ※旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者
<input type="checkbox"/>	医療機器の修理業の責任技術者の要件を満たす者
<input type="checkbox"/>	薬事法改正前の薬種商販売業許可を受けた店舗の適格者で販売業従事登録を受けた者 ※登録販売者試験合格者は該当しません。
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

※管理者資格を有することが確認できる書類の原本を持参し、写しを添付すること。

様式(共通-2)

# 使用関係証明書

年 月 日

使用者 住所

氏名

被使用者 住所

氏名

私どもは、下記条件のもとに使用関係にあることを証明します。

## 記

### 1 勤務場所の所在地及び名称

所在地:

名称:

### 2 勤務内容

高度管理医療機器等営業所管理者

### 3 勤務日及び勤務時間

### 4 営業日及び営業時間

管理者の資格を  
証する書類の写し  
(原本持参)

用紙はA4サイズとすること。