

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
	1 管理者の氏名 2 管理者の住所 ※該当する番号を○で囲むこと。		
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考			

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。

<氏名変更の場合>

# 氏名変更が 確認できる書類

(例) 薬剤師名簿訂正申請書控、登録販売者名簿登録事項変更届書控、  
戸籍謄本、戸籍抄本又は戸籍記載事項証明書など。