

変更届書

業 務 の 種 別		<input checked="" type="checkbox"/> 管理医療機器（特定を除く） <input checked="" 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 checked="" 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	株式会社仙台市役所		
	所 在 地	〒 980 - 8671 仙台市 青葉 区 国分町三丁目7-1 仙台市役所本庁舎6階 TEL 022 ( 214 ) 8085		
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後	
	営業所の名称	株式会社青葉区役所	株式会社仙台市役所	
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 A●●●●●●● 号)			

上記により、変更の届出をします。

●●年 ●●月 ●●日

郵送提出の場合→発送年月日  
窓口提出の場合→提出年月日

(あて先) 仙台市保健所長

住所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地) 仙台市青葉区国分町三丁目7-1  
氏名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名) 株式会社仙台市役所  
代表取締役 仙台 太郎  
TEL 022 ( 214 ) 8085

連絡(担当)者名 青葉 薫 連絡先 TEL 022-214-8085

(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
  - 3 管理医療機器の販売業又は貸与業にあつ
- 出を行った年月日を記載すること。

届出内容について分かる方のお名前と連絡先をお願いします。  
内容について問い合わせる場合があります。