

変更届書

業 務 の 種 別		薬局製造販売医薬品製造販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第V 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
	総括製造販売責任者の氏名及び住所		
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考		薬局開設許可 第A 号 年 月 日	

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。

変更届書

業 務 の 種 別		薬局製造販売医薬品製造業	
許 可 番 号、 認 定 番 号 又 は 登 録 番 号 及 び 年 月 日		第 B 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
	製造管理者の氏名及び住所		
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考	薬局開設許可 第 A 号 年 月 日		
	薬剤師免許証は、年 月 日に提出した上記薬局の (変更届書) に添付したので省略します。		

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。

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

薬局製造販売医薬品製造販売業の総括製造販売責任者
薬局製造販売医薬品製造業の製造管理者

薬剤師免許証
の写し
(原本持参)

用紙はA4サイズとすること