

変更届書

業 務 の 種 別		店舗販売業	
許 可 番 号、認 定 番 号 又 は 登 録 番 号 及 び 年 月 日		第 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	〒 区 仙台市 区 TEL ()	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	店舗の名称		
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考	施行令第 49 条の規定による管理医療機器販売業貸与業届出の特例に <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない		

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。