

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 号	
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
	1 相談時及び緊急時の連絡先 2 販売・授与する医薬品の区分 3 兼営事業の種類 ※該当する番号を○で囲むこと。	別紙のとおり	別紙のとおり
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"/> 別紙[4]のとおり該当する <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。

変更前 店舗販売業の兼営事業の種類等 別紙[4]

許可番号		店舗の名称		記入年月日	
相談時及び緊急時の 連絡先 (電話番号・FAX番号・ メールアドレスなど)	連絡先電話番号等		種別(例:店舗電話番号)		
販売・授与する医薬品の区分 (該当するものにチェックをつけること)		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く。) <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品			
兼営事業の種類(行っている事業にチェックをつけること)					
<input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器(販売業・貸与業) <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"/> 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"/> 毒物劇物農業用品目販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物特定品目販売業 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			

※以下は、管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること

みなし管理医療機器販売業貸与業届出		
業種	1. 販売業 2. 貸与業	
取扱品目 (取扱う品目にレ点をつけること)	<input type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)	※取扱い品目が家庭用のみの場合は、営業管理者設置は不要
	<input type="checkbox"/> 管理 (補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特定管理医療機器以外の特定管理医療機器)	<input type="checkbox"/> 営業管理者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理者以外の者 氏名:
	<input type="checkbox"/> 補聴器	住所:
	<input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器	営業管理者の資格:(該当する資格にレ点をつけること) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(薬剤師) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(みなし合格者 元薬種商) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(基礎講習修了者)
	<input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器	<input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(その他:) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 号

変更後 店舗販売業の兼営事業の種類等 別紙[4]

許可番号		店舗の名称		記入年月日	
相談時及び緊急時の 連絡先 (電話番号・FAX番号・ メールアドレスなど)	連絡先電話番号等		種別(例:店舗電話番号)		
販売・授与する医薬品の区分 (該当するものにチェックをつけること)		<input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く。) <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input type="checkbox"/> 第3類医薬品			
兼営事業の種類(行っている事業にチェックをつけること)					
<input type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器(販売業・貸与業) <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"/> 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"/> 毒物劇物農業用品目販売業 <input type="checkbox"/> 毒物劇物特定品目販売業 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし			

※以下は、管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること

みなし管理医療機器販売業貸与業届出		
業種	1. 販売業 2. 貸与業	
取扱品目 (取扱う品目にレ点をつけること)	<input type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)	※取扱い品目が家庭用のみの場合は、営業管理者設置は不要
	<input type="checkbox"/> 管理 (補聴器、家庭用電気治療器、プログラム特定管理医療機器以外の特定管理医療機器)	<input type="checkbox"/> 営業管理者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理者以外の者 氏名:
	<input type="checkbox"/> 補聴器	住所:
	<input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器	営業管理者の資格:(該当する資格にレ点をつけること) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(薬剤師) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(みなし合格者 元薬種商) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(基礎講習修了者)
	<input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器	<input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(その他:) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 号