**様式第六**（第百五十九条の十九、第百五十九条の二十関係）

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　　　　　　　　　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 |
| 1. 店舗管理者 2. その他の薬剤師   3　その他の登録販売者  ※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  □　別紙[４]のとおり該当する　　□　該当しない  ・店舗管理者は薬剤師法第8 条の2 第1 項の規定による厚生労働大臣  の命令（再教育研修命令）を受けた者である  □　該当しない　　□　該当する(再教育研修終了登録証の提示) | |

上記により、変更の届出をします。

　　　　　年　　　月　　　日

法人にあつては、主

たる事務所の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 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。