

変更届書

年月日は許可証にある有効期間の開始日を記入してください。

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 I●●●●● 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	ドラッグストア仙台市役所	
	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
	<p>① 開設者の氏名</p> <p>② 開設者の住所</p> <p>③ 業務に責任を有する役員</p> <p>※該当する番号を○で囲</p>	<p>1 株式会社せんだいしやくしょ</p> <p>2 仙台市青葉区上杉一丁目5-1</p> <p>3 代表取締役 仙台 太郎</p>	<p>1 株式会社仙台市役所</p> <p>2 仙台市青葉区国分町三丁目7-1</p> <p>3 代表取締役 仙台 太郎 取締役 青葉 薫</p>
備 考		<p>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</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない</p>	

管理医療機器の販売業・貸与業の届出を兼ねる場合は、「該当する」にチェックしてください。
※「届書作成時の注意点」を参照ください。

●●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

上記により、変更の届出をします。

●●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、楷書ではつき

3 薬事に関する業務に責任を有する役員の名

に掲げる者に該当するときはそのいずれに該当するかを記載し、該当しないときは「なし」と記載すること。

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。

しか

〈開設者が法人の場合〉

登記事項証明書

(履歴事項全部証明書)

又は

〈開設者が個人の場合〉

戸籍謄本 等

(原本)

原則、有効期間は、6ヶ月とします。