

変更届書

業 務	この届出書の注意書3を参照してください。			●●●●●	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。
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	第M 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	株式会社仙台市役所 東北支店			
	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		
	① 開設者の氏名 ② 開設者の住所 ③ 業務に責任を有する役員 ※該当する番号を○で囲むこと。	1 株式会社せんだい市役所 2 仙台市青葉区国分町三丁目 7-2 3 代表取締役社長 仙台太郎	1 株式会社仙台市役所 2 仙台市青葉区国分町三丁目 7-1 3 代表取締役 仙台太郎 取締役 青葉 薫		
変 更 年 月 日	●●年●●月●●日				
備 考					

上記により、変更の届出をします。

●●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

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

(あて先) 仙台市保健所長

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
- 3 業務の種別欄には、高度管理医療機器等のみの販売業又は貸与業を除く。)、指定視力を記載すること。
- 4 薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合は、備考欄に、変更後の役員が法第5条第3号イからトまでのいずれか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。

機器の別

〈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。