

変更届書

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------|-------|
| 業 務 の 種 別 | | | |
| 許 可 番 号、 認 定 番 号 又 は 登 録 番 号 及 び 年 月 日 | | 第M 年 月 号 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 | 〒 ー | |
| | 所 在 地 | 仙台市 区 TEL () | |
| 変 更 内 容 | 事 項 | 変 更 前 | 変 更 後 |
| | 1 営業所の名称 2 許可の別 ※該当する番号を○で囲むこと。 | | |
| 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

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。
- 3 業務の種別欄には、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業（指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業又は貸与業を除く。）、指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業若しくは貸与業の別を記載すること。