

変更届書

業務の種類別		<input checked="" type="checkbox"/> 管理医療機器（特定を除く） <input checked="" type="checkbox"/> 特定管理医療機器（以下を除く） <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器 <input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器		<input checked="" type="checkbox"/> 販売業 <input type="checkbox"/> 貸与業
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		(整理番号：第K●●●●●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		
	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	
	営業所管理者	別紙のとおり	別紙のとおり	
変更年月日		●●年 ●●月 ●●日		
備考	※薬局等許可をお持ちで施行令第49条の届出の特例に該当する届出を行った方は、許可番号をご記入ください。(第 A●●●●●●● 号)			

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

(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
 - 3 管理医療機器の販売業又は貸与業にあつ
- 出を行った年月日を記載すること。

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。

変更前 (管理医療機器)管理者及び兼営事業の種類等 別紙[2]

整理番号	K●●●●●	営業所の名称	株式会社仙台市役所		記入年月日	●年●月●日	
業種	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 販売業 2. 貸与業						
管理者	氏名	↓いずれかにレ点をつけ、管理者を設置する場合は氏名を記入すること <input type="checkbox"/> なし (家庭用のみを取扱うため管理者は設置しません。) <input checked="" type="checkbox"/> あり 氏名： 広瀬川 清美					
	住所	仙台市太白区長町南三丁目1-15					
取扱品目	(↓取扱いする品目にレ点をつけること)		管理者の資格 (該当する資格にレ点をつけること)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)	<input type="checkbox"/> 厚生労働大臣が同等以上の知識及び経験を有すると認めた者 ↓ <input type="checkbox"/> 裏面の該当する資格にレ点をつけること					
	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 基礎講習修了者 (高度管理医療機器等) <input type="checkbox"/> 基礎講習修了者 (特定管理医療機器)
	<input type="checkbox"/> 上記のうち検体測定室における検査で使用される医療機器のみ取扱う						
	<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器						<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者
	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭用電気治療器						<input type="checkbox"/> 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"/> 基礎講習修了者						
<参考>主な取扱品目： ●●●●●、▲▲▲▲▲、■ ■ ■ ■ ■、◆ ◆ ◆ ◆ ◆							
兼営事業の種類 (↓行っている事業にレ点をつけること)							
<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品店舗販売業 <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"/> 一般医療機器 (販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造業			<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				

管理者資格（該当する資格にレ点をつけること）	
<input type="checkbox"/>	医師
<input type="checkbox"/>	歯科医師
<input type="checkbox"/>	薬剤師
<input type="checkbox"/>	学歴要件（大学等） ※大学等で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者
<input type="checkbox"/>	学歴要件（旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校） ※旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者
<input type="checkbox"/>	医療機器の修理業の責任技術者の要件を満たす者
<input type="checkbox"/>	薬事法改正前の薬種商販売業許可を受けた店舗の適格者で販売業従事登録を受けた者 ※登録販売者試験合格者は該当しません。
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

変更後 (管理医療機器)管理者及び兼営事業の種類等 別紙[2]

整理番号	K●●●●●	営業所の名称	株式会社仙台市役所	記入年月日	●年●月●日
業種	1. 販売業 2. 貸与業				
管理者	氏名	↓いずれかにレ点をつけ、管理者を設置する場合は氏名を記入すること <input type="checkbox"/> なし (家庭用のみを取扱うため管理者は設置しません。) <input checked="" type="checkbox"/> あり 氏名：青葉 薫			
	住所	仙台市青葉区上杉一丁目5-1			
取扱品目	(↓取扱いする品目にレ点をつけること)		管理者の	表面に該当する資格が記載されていない場合は、 「厚生労働大臣が同等以上の知識及び経験を有すると認めた者」にチェックを入れ、裏面を記入してください。 ↓ <input checked="" type="checkbox"/> 厚生労働大臣が同等以上の知識及び経験を有すると認めた者 ↓ 裏面の該当する資格にレ点をつけること	
	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)				
	<input checked="" 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"/> 上記のうち検体測定室における検査で使用される医療機器のみ取扱う	<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者 (高度管理医療機器等) <input type="checkbox"/> 基礎講習修了者 (特定管理医療機器)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 補聴器		<input type="checkbox"/> 基礎講習修了者		
	<input checked="" type="checkbox"/> 家庭用電気治療器		<input type="checkbox"/> 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"/> 基礎講習修了者		
<参考>主な取扱品目： ●●●●●、▲▲▲▲▲、■ ■ ■ ■ ■、◆ ◆ ◆ ◆ ◆					
兼営事業の種類 (↓行っている事業にレ点をつけること)					
<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 医薬品店舗販売業 <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"/> 一般医療機器 (販売業・貸与業) <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造業			<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"/> 毒物劇物農薬用品目販売業 <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		

管理者資格（該当する資格にレ点をつけること）	
<input type="checkbox"/>	医師
<input type="checkbox"/>	歯科医師
<input type="checkbox"/>	薬剤師
<input checked="" type="checkbox"/>	学歴要件（大学等） ※大学等で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者
<input type="checkbox"/>	学歴要件（旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校） ※旧制中学若しくは高校又はこれと同等以上の学校で、物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了した者
<input type="checkbox"/>	医療機器の修理業の責任技術者の要件を満たす者
<input type="checkbox"/>	薬事法改正前の薬種商販売業許可を受けた店舗の適格者で販売業従事登録を受けた者 ※登録販売者試験合格者は該当しません。
<input type="checkbox"/>	その他（ ）

※管理者資格を有することが確認できる書類の原本を持参し、写しを添付すること。

(変更後に営業所管理者を設置する場合)

管理者の資格を
証する書類の写し
(原本持参)

用紙はA4サイズとすること。