

変更届書

業 務 の 種 別		薬 局	
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	〒 ー 仙台市 区 TEL ()	
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。		
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 <input type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない		

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 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。

〈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。