

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 A●●●●● ●●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	仙台市役所薬局	
	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
	薬局の名称	宮城太郎調剤薬局	仙台市役所薬局
変 更 年 月 日		●●年●●月●●日	
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 checked="" type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	

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。

事前の届出となりますので、届出日より後の日付となります

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。

上記により、変更の届出をします

郵送提出の場合→発送年月日
窓口提出の場合→提出年月日
●●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

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。