

変更届書

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。

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●●●●● 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	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
	① 相談時及び緊急時の連絡先 ② 販売・授与する医薬品の区分 ③ 兼営事業の種類 ※該当する番号を○で囲むこと	別紙のとおり	別紙のとおり
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 checked="" type="checkbox"/> 該当する <input type="checkbox"/> 該当しない	

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。

●●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、楷書ではつき

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。

許可番号	A●●●●	薬局の名称	仙台市役所薬局	記入年月日	●●年●●月●●日
相談時及び緊急時の 連絡先 (電話番号・FAX番号・ メールアドレスなど)	連絡先電話番号等		種別(例:薬局電話番号)		
	022-●●●●-●●●●		薬局電話番号		
1日平均取扱処方箋 枚数(見込み)	枚	保険薬局指定(予定) の有無	有・無		
放射性医薬品の取扱い	有・無	←有であればその種類と必要な構造設備の概要を記載した書類を添付のこと			
販売・授与する医薬品 の区分 (該当するものにチェ ックをつけること)	<input type="checkbox"/> 薬局医薬品(薬局製造販売医薬品を除く。) <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く。) <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品				
兼営事業の種類(行っている事業にチェックをつけること)					
<input type="checkbox"/> 麻薬小売業 <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 checked="" type="checkbox"/> 管理医療機器(販売業・貸与業) <input checked="" 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		

※以下は、管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること

みなし管理医療機器販売業貸与業届出		
業 種	1. 販売業 2. 貸与業	
取扱品目 (取扱う品目にレ点をつけること)	<input type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)	※取扱い品目が家庭用のみの場合は営業管理者設置は不要
	<input 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"/> 営業管理者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理者以外の者 氏名:
	<input type="checkbox"/> 補聴器	住所:
	<input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器	営業管理者の資格:(該当する資格にレ点をつけること) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(薬剤師) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(みなし合格者 元薬種商) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(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"/> 施行規則第175条第1項(その他:) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 号

許可番号	A●●●●	薬局の名称	仙台市役所薬局	記入年月日	●●年●●月●●日
相談時及び緊急時の 連絡先 (電話番号・FAX番号・ メールアドレスなど)	連絡先電話番号等		種別(例:薬局電話番号)		
	022-●●●●-●●●●		薬局電話番号		
	022-●●●●-●●●●		薬局FAX番号		
1日平均取扱処方箋 枚数(見込み)	枚	保険薬局指定(予定) の有無	有・無		
放射性医薬品の取扱い	有・無	←有であればその種類と必要な構造設備の概要を記載した書類を添付のこと			
販売・授与する医薬品の区分 (該当するものにチェックをつけること)	<input type="checkbox"/> 薬局医薬品(薬局製造販売医薬品を除く。) <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 要指導医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第1類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 指定第2類医薬品 <input checked="" type="checkbox"/> 第2類医薬品(指定第2類医薬品を除く。) <input checked="" type="checkbox"/> 第3類医薬品				
兼営事業の種類(行っている事業にチェックをつける)					
<input type="checkbox"/> 麻薬小売業 <input checked="" type="checkbox"/> 医薬品卸売販売業 <input checked="" type="checkbox"/> 高度管理医療機器(販売業・貸与業) <input checked="" type="checkbox"/> 管理医療機器(販売業・貸与業) <input checked="" 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"/> 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			

「医薬品の区分」を変更される場合、併せて「営業時間」、「構造設備」の変更届が必要となる場合があります。

※以下は、管理医療機器販売業貸与業届出を行う方のみ記載すること

みなし管理医療機器販売業貸与業届出		
業種	1. 販売業 2. 貸与業	
取扱品目(取扱う品目にレ点をつけること)	<input type="checkbox"/> 家庭用 (特定管理医療機器以外の管理医療機器)	※取扱い品目が家庭用のみの場合は営業管理者設置は不要
	<input 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"/> 営業管理者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 管理者以外の者 氏名:
	<input type="checkbox"/> 補聴器	住所:
	<input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器	営業管理者の資格:(該当する資格にレ点をつけること) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(薬剤師) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(みなし合格者 元薬種商) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(基礎講習修了者) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項(その他:) <input type="checkbox"/> 施行規則第175条第1項 号
	<input type="checkbox"/> プログラム特定管理医療機器	

