

変更届書

業 務 の 種 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	
	業務に責任を有する役員	代表取締役社長 仙台 太郎	代表取締役社長 仙台 太郎 取締役 青葉 薫	
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

(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。

の届

※ 法人にあつては、薬事に関する業務に責任を有する役員の氏名を記載する際、代表者に○をしてください。