**様式第六**（第百五十九条の十九、第百五十九条の二十関係）

変更届書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 | 　　　　　　店舗販売業 |
| 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 | 〒　　　－仙台市　　　　　区　　　　　　　　　　　　TEL （ ） |
| 変更内容 | 事　項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 店舗の名称 |  |  |
| 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□　該当する　　□　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。