**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 |
| 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  □　別紙[４]のとおり該当する　　□　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。