

変更届書（管理者及び資格者を除く）

(宛先)
広島市保健所長

〒 電話
住所
氏名

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり、変更の届出をします。

業務等の種別 (該当する項目に☑してください。)	<input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売業 <input type="checkbox"/> 薬局製造業 <input type="checkbox"/> 店舗販売業 <input type="checkbox"/> 卸売販売業 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業又は貸与業 <input type="checkbox"/> 管理医療機器販売業又は貸与業					
許可番号及び年月日 (業種ごとに記載)	業種:	許可番号 第	号	年	月	日
	業種:	許可番号 第	号	年	月	日
薬局、製造所、 店舗又は営業所	名称					
	所在地	〒	(電話) (e-mail)	(FAX)		
変更内容	事項	変	更	前	変	更
変更年月日	年 月 日					
備考						
担当者所属・氏名等	(電話)					

※ 軽微な誤記、明らかな誤字脱字、記載漏れ等は、市が訂正・追記します(承諾されない方はお申し出ください。)

(注意)

- 1 許可番号及び年月日欄には、業種ごとに許可番号及び年月日を記載してください。なお、管理医療機器の販売業又は貸与業にあつては、その届出を行った年月日を記載してください。
- 2 薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合は、備考欄に、変更後の役員が法第5条第3号イからトまでのいずれかに掲げる者に該当するときはそのいずれに該当するかを記載し、該当しないときは「〇〇(新たに業務を行う役員の氏名)は、法第5条第3号イからトに該当しません。」と記載してください。

◎ここから下には記入しないでください。

受付印

(受付)		(伺い)	
係	専門員	係	係長