様式第六

変　更　届　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種別 | | | 高度管理医療機器等販売業・貸与業 | | |
| 許可番号及び年月日 | | | 第　　　　　　号　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、営業所又は店舗 | ﾌﾘｶﾞﾅ  名称 | | (電話　　　　　) | | |
| 所在地 | | 〒 | | |
| 変更内容 | 事　　項 | | | 変　更　前 | 変　更　後 |
|  | | |  |  |
| 変更年月日 | | 令和　　 年　　 月　　 日 | | | |
| 備考 | | 【管理者変更の場合は管理者要件の該当項目に】  ・法施行規則第162条第1項  第１号に該当　(高度管理医療機器等販売業等管理者講習受講)  第２号に該当※  ・法施行規則第162条第2項  第１号に該当　(コンタクトレンズ販売業等管理者講習受講)  第２号に該当※  ・法施行規則第162条第3項  第１号に該当　(プログラム高度管理医療機器販売業等管理者講習受講)  第２号に該当※  ※上記各第２号に該当する者  医師・歯科医師・薬剤師　総括製造販売責任者  製造業責任技術者　　　　修理業責任技術者  薬種商適格者　　　 　　 販売管理責任者講習受講者（H6～H8）  【取り扱う高度管理医療機器の項目に】  高度管理医療機器等　　　コンタクト　　プログラム高度管理医療機器  【責任を有する役員変更の場合は該当項目に】  　変更後の責任を有する役員は、薬機法第5条第3号イからトに  全員該当なし　　　　　　該当あり （詳細：　　　　　　　　　）  【添付書類省略の場合は該当項目を、内容を記載】  履歴事項全部証明書（登記事項証明書）　　資格を証明する書類　　　　　　　　　使用関係証明書  名称「　　　　　　　　」の「　　　　　申請/届」に添付の為省略。  　令和　年　月　日　水戸市保健所に提出。 | | | |

上記により、変更の届出をします。

令和　　年　　月　　日

住　所法人にあっては、主たる事業所の所在地

〒　‐

氏　名法人にあっては、名称及び代表者の氏名

水戸市保健所長　様

担当者　氏　名　　　　　　　　連絡先

（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、楷書ではっきりと書くこと。

３　業務の種別欄には、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業（指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業又は貸与業を除く。）、指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業若しくは貸与業、特定管理医療機器の販売業若しくは貸与業（補聴器、家庭用電気治療器又はプログラム管理医療機器以外の特定管理医療機器を販売又は貸与する場合に限る。）、補聴器、家庭用電気治療器若しくはプログラム管理医療機器のみの販売業若しくは貸与業、管理医療機器（特定管理医療機器を除く。）の販売業若しくは貸与業の別を記載すること。

４　高度管理医療機器等営業管理者の変更の場合は、変更後の高度管理医療機器等営業管理者が第162条第1項から第4項までの各号のいずれに該当するかを付記すること。

５　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「なし」と記載すること。