			変	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゛ナ 名 称				(電話		)	
	所 在 地	₹						
	事	項	変更前			変更後		
変更内容								
変 更 年	月日		令和	年 月	日			
備	考	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	則第 162 条第 2 項 に該当 (コンタクトレンズ販売業等管理者講習受講) に該当※ 則第 162 条第 3 項 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) に該当※ 号に該当する者 ・科医師・薬剤師 □総括製造販売責任者 ・任技術者 □修理業責任技術者 ・「格者 □販売管理責任者講習受講者(H6~H8) ・「語を管理医療機器の項目に✓】 ・理医療機器等 □コンタクト □プログラム高度管理医療機 ・「お る役員変更の場合は該当項目に✓】 ・「日本有する役員は、薬機法第 5 条第 3 号イからトに ・当なし □該当あり (詳細: ) ・「当路の場合は該当項目を✓、内容を記載】 ・「項全部証明書(登記事項証明書) □資格を証明する書類 ・別係証明書 ・名称「 」の「 申請/届」に添付の為名				者講習受講) -H8) - 皮管理医療機器 ) トる書類	
上記により、変	アの届出る	こします。						

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)

水戸市保健所長 様

担当者	H.	夕	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。