様式第六

変　更　届　書

|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 | 管理医療機器販売業・貸与業 |
| 許可番号及び年月日 | 　　　　　　　　　　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該当項目に[x] 】[ ] 高度管理医療機器又は特定管理医療機器営業所管理者講習受講者[ ] 補聴器営業所管理者講習受講者[ ] 家庭用電気治療器営業所管理者講習受講者[ ] プログラム特定管理医療機器営業所管理者講習受講者[ ] 上記以外の者（管理者講習受講以外に管理者として認められる者）イ）医師・歯科医師・薬剤師　　ロ）総括製造販売責任者ハ）製造業責任技術者　　　　　ニ）修理業責任技術者ホ）薬種商適格者　　　　　　　ヘ）販売管理責任者講習受講者（H6～H8）【取り扱う管理医療機器の項目に[x] 】[ ] 特定管理医療機器等　　　 [ ] 補聴器　 [ ] 家庭用電気治療器[ ] プログラム特定管理医療機器 [ ] その他家庭用管理医療機器【下記添付書類省略の場合は内容を記載】・資格を証明する書類店舗名称「　　　　　」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