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】  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】  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