

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	フリガナ名称	(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	<p>【管理者変更の場合は該当項目に✓】</p> <p><input type="checkbox"/>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</p> <p><input type="checkbox"/>補聴器営業所管理者講習受講者</p> <p><input type="checkbox"/>家庭用電気治療器営業所管理者講習受講者</p> <p><input type="checkbox"/>プログラム特定管理医療機器営業所管理者講習受講者</p> <p><input type="checkbox"/>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）</p> <p style="margin-left: 20px;">イ) 医師・歯科医師・薬剤師 ロ) 総括製造販売責任者</p> <p style="margin-left: 20px;">ハ) 製造業責任技術者 ニ) 修理業責任技術者</p> <p style="margin-left: 20px;">ホ) 薬種商適格者 ヘ) 販売管理責任者講習受講者（H6～H8）</p> <p>【取り扱う管理医療機器の項目に✓】</p> <p><input type="checkbox"/>特定管理医療機器等 <input type="checkbox"/>補聴器 <input type="checkbox"/>家庭用電気治療器</p> <p><input type="checkbox"/>プログラム特定管理医療機器 <input type="checkbox"/>その他家庭用管理医療機器</p> <p>【下記添付書類省略の場合は内容を記載】</p> <p>・資格を証明する書類</p> <p style="margin-left: 40px;">店舗名称「 」の「 申請/届」に添付の為省略。</p> <p style="margin-left: 100px;">令和 年 月 日 水戸市保健所に提出。</p>		

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 _____