

# 變更屆書

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`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✓】 <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 <input type="checkbox"/> 補聴器営業所管理者講習受講者 <input type="checkbox"/> 家庭用電気治療器営業所管理者講習受講者 <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 <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） 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）						
	【業務に責任を有する役員】 業務に責任を有する役員は、薬機法第5条第3号イからトに <input type="checkbox"/> 全員該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり （詳細：                                  ）						

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 \_\_\_\_\_