

変 更 届 書

どちらか一方のときは不要な文字を消してください

業 務 の 種 別		管理医療機器販売業・貸与業		
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		平成 令和 ○△ 年 □ 月 △ 日		
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名 称			
	所 在 地			
変更内容	事 項	変 更		
変 更 年 月 日		令和 ○○ 年 △ 月 □ 日		
備 考		[申請者の欠格条項] 変更後の役員は、法第5条第3号()から()までに掲げる者に <input type="checkbox"/> 該当しない <input type="checkbox"/> 該当する		

管理医療機器販売業又は貸与業の届出を行った年月日を記入してください。

管理医療機器販売業管理者変更の場合、管理者の氏名及び住所を記入してください。

変更の事実が発生した日を記入してください。

上記により、変更の届出をします。

令和 年 月 日

住 所 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏 名 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

TEL
FAX

個人の場合は現住所、個人名を記載してください。
法人の場合は登記された主たる事業所の所在地、名称及び代表者の氏名を記載してください。

和歌山市保健所長 様