

変 更 届 書

業務の種別		<input type="checkbox"/> 薬局・店舗販売業 第 号・ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 薬局製造販売医薬品製造業・製造販売業 第 号・ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 高度管理医療機器等販売業・貸与業 第 号・ 年 月 日	
許可番号及び年月日			
薬局、製造所、 営業所又は店舗	名 称	電話 (-)	
	所在地	〒	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考		<p>【管理者の資格】 該当する項目に○をつけてください。 (店舗販売業) ・薬剤師 ・登録販売者 (管理者を補佐する薬剤師の設置 あり ・ なし)</p> <p>(医療機器販売業・貸与業) ・薬剤師 ・基礎講習修了(高度管理医療機器 ・ 特定管理医療機器 ・ プログラム管理医療機器) ・上記以外()</p> <p>【申請者の欠格事項】 該当する項目に○をつけてください。 変更後の薬事に関する業務に責任を有する役員は、医薬品医療機器等法第5条第1項第3号イからトまでに掲げる者に該当するか。 (該当しない ・ 該当する(詳細:))</p>	

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

住 所 〒
 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)
 氏 名
 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

大阪市長

(申請者電話番号:)