

変 更 届 書

業 務 の 種 別			
許 可 番 号 及 び 年 月 日			
薬 局 、 店 舗 又 は 営 業 所		名 称	
		所 在 地	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日			
備 考		【取扱品目】 ☐ 高度 ☐ コンタクト ☐ プログラム（高度）	

上記により、変更の届出をします。

年 月 日
住 所
氏 名

〔 法人にあつては、主たる事務所の所在地、
名称並びに代表者の氏名 〕

（宛先） 富山市保健所長

(注意)

- 1 用紙の大きさは、A4 とすること。
- 2 字は、墨、インク等を用い、楷書ではつきりと書くこと。
- 3 業務の種別欄には、高度管理医療機器等の販売業若しくは貸与業（指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業又は貸与業を除く。）、指定視力補正用レンズ又はプログラム高度管理医療機器のみの販売業若しくは貸与業の別を記載すること。
- 4 管理者の変更の場合は、変更後の高度管理医療機器等営業所管理者が第 162 条第 1 項から第 4 項までの各号のいずれに該当するかを変更後欄に付記すること。
- 5 薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合は、備考欄に、変更後の役員が法第 5 条第 3 号イからトまでのいずれかに掲げる者に該当するときはそのいずれに該当するかを記載し、該当しないときは「なし」と記載すること。