

変更届書

業務の種類別		管理医療機器等販売業・貸与業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		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	変更前	変更後
変更年月日		令和 年 月 日	
備考			

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)

小樽市保健所長 様

連絡先： 電話

担当者