

変 更 届 書

業 務 の 種 別		高度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		第	号
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		年	月
		日	
		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		<p>【薬事に関する業務に責任を有する役員の変更の場合】 変更後の役員が、医薬品医療機器等法第 5 条第 3 項イからトに該当するかについて、いずれかに○を記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・該当あり (イ・ロ・ハ・ニ・ホ・ヘ・ト) ・該当なし 	

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)

小樽市保健所長 様

連絡先： 電話

担当者