

変更届書

業 務 の 種 別	管理医療機器等販売業		
許可番号、認定番号又は登録番号 及び 年 月 日	第 号	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
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	□□□商店	
	所 在 地	浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	薬事に関する業務に 責任を有する役員	〇〇〇〇、△△△	〇〇〇〇、□□□□
変 更 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
備 考	新たに責任を有する役員となった者は法第5条第1項第3号 イからトまでのいずれかに掲げる者に該当しない。		

上記により、変更の届出をします。

〇〇年〇〇月〇〇日

変更後 30 日以内に提出する  
※変更前の提出は不可  
※30 日過ぎてしまったら  
遅延理由書が必要

新たに責任役員となった者について、  
備考欄に薬機法上の欠格事由に該当し  
ないことを記入する。

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

浜松市〇〇区〇〇〇丁目〇〇番〇〇号

氏名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

株式会社〇〇〇〇  
代表取締役〇〇〇〇

（あて先）浜松市保健所長

【添付書類】 登記事項証明書（法人の場合、原本の提示で可）