

記入はボールペン等で行うこと（鉛筆不可）。

様式第六

## 変更届書

業 務 の 種 別	管理医療機器販売業		
許可番号及び年月日	第 号	令和〇〇年〇〇月〇〇日	
薬局、製造 所、営業所 又は店舗	名 称	〇〇〇商店	
	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
	管 理 者	住所 浜松市〇〇区〇〇丁目〇〇番〇号 氏名 〇〇〇〇	住所 浜松市△△区△△番地の△ 氏名 △△△△
変 更 年 月 日	令和〇〇年〇〇月〇〇日		
備 考			

上記により、変更の届出をします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

変更届を窓口に提出した日  
(変更後 30 日以内に提出すること)  
→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

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】

資格を証する書類（原本と写し）