様式第六

変　更　届　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務の種別 | | | 管理医療機器等販売業・貸与業 | | |
| 許可番号及び年月日 | | | 第　　　　　　　　号、　 　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、営業所又は店舗 | ﾌﾘｶﾞﾅ  名称 | | (電話　　　　　　　　　　 　　　　) | | |
| 所在地 | | 〒 | | |
| 変更内容 | 事　　項 | | | 変　　更　　前 | 変　　　更　　　後 |
|  | | |  |  |
| 変更年月日 | | 年 　　 月 　　 日 | | | |
| 備考 | | 【管理医療機器管理者の資格】  １．高度管理医療機器又は特定管理医療機器営業所管理者講習受講者  ２．補聴器営業所管理者講習受講者  ３．家庭用電気治療器営業所管理者講習受講者  ４．プログラム特定管理医療機器営業所管理者講習受講者  ５．上記以外の者（管理者講習受講以外に管理者として認められる者）  　イ）医・歯・薬　　　　　ロ）総括製造販売責任者  　ハ）製造業責任技術者　　ニ）修理業責任技術者  ホ）薬種商適格者　　　　ヘ）販売管理責任者講習（H6～H8）  大学、工業高校で物理学、化学、生物学、工学、情報学、金属学、  電気学、機械学、薬学、医学又は歯学に関する専門の課程を修了等  【管理医療機器等販売業・貸与業の種類】  ・特定管理医療機器等　　　・補聴器　　・家庭用電気治療器  ・プログラム特定管理医療機器　　　　　・その他家庭用管理医療機器  【添付書類の省略】  次の書類を下記の申請／届出に添付済みのため省略します。  ・資格を証明する書類  （許可番号： 　　　　　店舗名称「　　　　　　　　　　　」の申請／届出　　　 年　　 月　　 日に添付済み） | | | |

上記により、変更の届出をします。

　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

寝屋川市長　様

【連絡先】　担当者名：

　　　　　　電話番号：