

變更屆書

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	フリカゝナ 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

寢屋川市長 様

【連絡先】 担当者名 : _____
電話番号 : _____