

# 変 更 届 書

業務の種別	高度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、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	<p><b>【高度管理医療機器管理者の資格】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法施行規則第162条第1項             <ul style="list-style-type: none"> <li>イ) 第1号に該当(高度管理医療機器等販売業等管理者講習受講)</li> <li>ロ) 第2号に該当※</li> </ul> </li> <li>・法施行規則第162条第2項             <ul style="list-style-type: none"> <li>イ) 第1号に該当(コンタクトレンズ販売業等管理者講習受講)</li> <li>ロ) 第2号に該当※</li> </ul> </li> <li>・法施行規則第162条第3項             <ul style="list-style-type: none"> <li>イ) 第1号に該当(プログラム高度管理医療機器販売業等管理者講習受講)</li> <li>ロ) 第2号に該当※</li> </ul> </li> </ul> <p>※上記各第2号に該当する者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>イ) 医・歯・薬</li> <li>ロ) 総括製造販売責任者</li> <li>ハ) 製造業責任技術者</li> <li>ニ) 修理業責任技術者</li> <li>ホ) 薬種商適格者</li> <li>ヘ) 販売管理責任者講習 (H6～H8)</li> </ul> <p>→ [ 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 ]</p> <p><b>【高度管理医療機器等販売業・貸与業の種類】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・高度管理医療機器等</li> <li>・コンタクト</li> <li>・プログラム高度管理医療機器</li> </ul> <p><b>【申請者の欠格条項】</b></p> <p>変更後の薬事に関する業務に責任を有する役員は、医薬品、医療機器等法第5条第3号イからトに</p> <p><input type="checkbox"/> 該当しない    <input type="checkbox"/> 該当する (詳細: )</p> <p><b>【添付書類の省略】</b></p> <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・履歴事項全部証明書 (登記事項証明書)</li> <li>・資格を証明する書類</li> <li>・使用関係証明書</li> </ul> <p>(許可番号:                      店舗名称「                      」の申請/届出          出                      年 月 日 に添付済み)</p>		

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 :