

# 変 更 届 書

該当するものを で囲みます。

業 務 の 種 別	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px; display: inline-block;">一般販売業</div> ・薬種商販売業・特例販売業・既存配置販売業 高度管理医療機器等販売業・賃貸業 管理医療機器販売業・賃貸業		
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日	第 号 平成 年 月 日		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">許可年月日は、有効期間の始めの日付を記載します。</div>			
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事務所	名 称	医薬品 ← <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">許可証のとおりに記載してください。ただし、名称を変更した場合は、変更後のものを記載します。</div>	
	所在地	東京都 市 - -	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	(変更した事項を記載します。)	(変更前の内容を記載します。)	(変更後の内容を記載します。)
変 更 年 月 日	平成 ××年 ××月 ××日		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">変更が生じた日付を記載します。</div>			
備 考	関係書類については、下記の店舗の変更届書に添付済記 1 店舗の名称及び業種 2 店舗の所在地 3 提出先 4 提出年月日 平成 年 月 日		
登記事項証明書等添付書類を既に提出している場合は、右の欄の内容を記載することで省略できます。			

上記により、変更の届出をします。

平成 年 月 日 ← 

届出日を記載します。

住 所 東京都 市 - -

法人にあっては、主たる事務所の所在地
住所
東京 都 市 - -

法人にあっては、名称及び代表者の氏名
氏 名
株式会社 医薬品
代表取締役 田 ×子
印

法人の場合は、登記された本店の所在地、名称及び代表者の氏名を記載します。

法人の場合は、登記された代表者の印鑑を押してください。

電話番号 03 ( 5320 ) × ×

担当者名 田 ×子

連絡先と担当者名を記載します。

東 京 都 知 事 殿

東京都 保健所長