|  |  |
| --- | --- |
| 業務の種別 |  |
| 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、店舗又は営業所 | 名称 |  |
| 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 | [管理者の資格]【高度管理医療機器等】① 規則第162条第1項イ) 第1号(高度管理医療機器等販売業等管理者講習受講者)　ロ）第2号　**※**② 規則第162条第2項イ) 第1号(コンタクトレンズ販売業等管理者講習受講者)　　ロ）第2号　**※**③ 規則第162条第3項イ) 第1号（ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ高度管理医療機器販売業等管理者講習受講者)　ロ）第2号　**※**【管理医療機器】規則第175条第1項イ）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ロ）補聴器営業所管理者講習受講者ハ）家庭用電気治療器営業所管理者講習受講者ニ）プログラム特定管理医療機器営業所管理者講受講者ホ）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）医療機器等総括製造販売責任者ハ）医療機器製造業の責任技術者ニ）修理業の責任技術者大学、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 | ホ）薬種商適格者へ）販売管理責任者講習(H6～H8)ト）看･臨(検体測定室の運営責任者)【管理医療機器のみ】 |
|  |  |
| [医療機器販売業・貸与業の種類（取扱品目）]・高度　　　　　・コンタクト　　・ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ(高度)・ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ(高度)（電気通信回線による提供のみ）・管理　　　　　・補聴器　　　 ・電気治療器 　　　　・ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ(管理) ・ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ(管理)（電気通信回線による提供のみ）・家庭用　　　　・検体[申請者の欠格条項]変更後の薬事に関する業務に責任を有する役員は、法第５条第３号イからトまでに掲げる者に　□該当しない　□該当する（詳細：　　　　　　　　　　　　） |
| [添付書類の省略]□登記事項証明書　□管理者資格を証する書類　□使用関係証書□その他（　　　　　　　　　　）名称（　　　　　　　）許可番号（　　　　　）（申請・届出）年月日：　　年　月　日営業所TEL: |
| 上記により、変更の届出をします。　　年　　月　　日住 所〔 〕氏 名〔 〕堺市長　　　殿〔連絡先〕担当者名：電話番号： |

変　更　届　書