様式第六

変 更 届 書

業　務　の　種　別		高度管理医療機器販売業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		第〇〇〇〇〇〇〇〇号 ●●年●月●日	
薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗、営業所又は事業所	名　称	株式会社△△△△ □□支店	
	所在地	福岡市博多区東公園7－7	
変更内容	事　項	変 更 前	変 更 後
	営業所管理者	福岡 太郎 （福岡市中央区…）	筑紫 次郎 （福岡市東区…） 医薬品医療機器等法施行規則第 162 条第1項に該当
変　更　年　月　日		年　月　日	
備　考		・省略する添付書類: □平面図 □登記簿謄本 □雇用契約書写し ・省略の理由:下記により提出済みのため （申請、届出の種類） （許可番号）　（営業所名称） （申請等提出年月日）　（提出保健所名）	

有効期間の始期を記載する。

営業所管理者変更の場合、変更後欄に規則第162条第１項から第４項のいずれに該当するか記載する。

責任役員の変更の場合、変更後の役員が法第５条第３号イからトまでのいずれかに掲げる者に該当しない場合は、「変更後の役員は、法第５条第３号イからトまでのいずれかに掲げるものに該当しない」と記載する。該当する場合は、いずれに該当するか及びその理由、年月日等を記載する。

上記により、変更の届出をします。

年　月　日

住　所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏　名（法人にあっては、名称及び代表者の氏名）

TEL（　　）　－

福岡県知事　　殿