変　更　届　書

<table>
<tr><td colspan="2">業　務　の　種　別</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">許可番号、認定番号又は
登録番号及び年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">薬局、主たる機能を有する事務所、製造所、店舗又は事業所</td><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">変更内容</td><td colspan="2">事　　項</td><td>変　更　前</td><td>変　更　後</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">変更年月日</td><td colspan="3">令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

上記により、変更の届出をします。

令和　　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）

（あて先）札幌市保健所長

連絡先：　電話　　担当者

構造設備の概要（医療機器販売業又は貸与業用）

営業所の名称	
営業所の所在地	
（平面図）※1	
当該営業所以外の保管設備※2	有　・　無
営業所の名称	
営業所の所在地	

※1　営業所の平面図は、医療機器の貯蔵陳列場所を朱線等で明示し、寸法を記載すること。

2　取り扱う医療機器が大型である等により同一事業所が別の専用保管庫を設置する場合は、その営業所の名称、所在地を記載し、その平面図を添付すること。

（注）この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

添付書類省略

1　雇用関係書類省略　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**分**

（1）許　可　の　種　類　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（2）許可番号及び年月日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（3）薬局（店舗、営業所）の所在地　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（4）薬局（店舗、営業所）の名称　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（5）申請（届出）年月日　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備考　上記の省略する書類を提出した薬局（店舗、営業所）の許可の種類、許可番号、年月日、所在地、名称及び省略する書類を添付した許可申請、変更届等の申請（届出）年月日を記載してください。雇用関係書類には資格を証する書面も含みます。
（廃止した施設の場合は省略できないことがあります。）

（注）この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

遅　延　理　由　書

令和　　年　　月　　日

（あて先）北 海 道 知 事
札幌市保健所長

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）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿を＿＿＿＿＿＿し、＿＿＿＿＿＿日以内に届出

をすべきところ、＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿遅延いたしました。

以後、このようなことのないよう十分注意いたします。