

変更届書

業 務 の 種 別	管理医療機器販売業・貸与業		
取 扱 品 目 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 電気治療器 <input type="checkbox"/> プログラム(管理) <input type="checkbox"/> 検体 <input type="checkbox"/> 管理 (医療機関向け) <input type="checkbox"/> 家庭用(電気治療器以外)		
届 出 番 号 及 び 年 月 日	千保第	号	年 月 日
営 業 所	名 称		
	所在地	区	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
変 更 年 月 日	年	月	日
備 考			

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〕

千葉市保健所長 殿

担当者名
連絡先電話番号
連絡先電子メールアドレス
@

(注意)

「販売業」のみの営業所の届出の場合、業務の種別の「貸与業」に二重取り消し線を引くこと。