

## 変更届書

業務の種別		<b>卸売販売業</b>	
許可番号及び年月日		千保第 <b>7777</b> 号 平成 令和 <b>2年 4月 1日</b>	
薬局、店舗又は営業所	名称	<b>株式会社かそりーぬ 千葉営業所</b>	
	所在地	<b>美浜区幸町1-3-9</b>	
変更内容	事項	変更前	変更後
	<b>代表者</b>	<b>源町 風太</b>	<b>加曾利 犬</b>
	<b>責任役員の氏名</b>	<b>源町 風太</b>	<b>加曾利 犬</b> <b>源町 風太</b>
変更年月日		<b>令和3年8月1日</b>	
変更後30日を過ぎて届け出る場合には、 遅延理由書が必要です。		<b>変更後の責任役員は医薬品医療機器等法 第5条第3号イからトまでのいずれか掲げ る者に該当しない。</b>	
備考		変更後の責任役員が「法第5条第3号イからトまでのいずれかに掲げる者」に該当するか否かを判断し、備考欄に追記してください。 1 該当するとき そのいずれに該当するかを記載し、必要に応じ診断書等を添付してください。 2 該当しないとき 上記記載例のように記載してください。	

上記により、変更の届出をします。

年 月 日

- 法人の情報の前後を確認できる謄本（履歴事項全部証明書等）の原本を添付してください。
- 郵送にて届け出る場合の届出日は、保健所が届出内容を確認し受理した日となります。届出日が変更後30日以降となる場合は、遅延理由書の添付が必要となりますので、ご注意ください。

住 所  
(法人にあつては、  
主たる事務所の所在地)

**若葉区桜木8-33**

氏 名  
(法人にあつては、  
名称及び代表者の氏名)  
**株式会社かそりーぬ  
代表取締役 加曾利 犬**

変更後の  
情報

担当者名  
**花都 ちはな**  
連絡先電話番号  
**043-238-9967**  
連絡先電子メールアドレス  
\*\*\*@kasori-nu.ne.jp

千葉市保健所長 殿