

様式第六（第十六条、第十六条の二、第九十九条、第一百条、第一百四十六条の六十九、第一百四十六条の七十、第二百二十七条、第二百三十七条の六十五、第二百三十七条の六十六、第二百七十四条、第二百七十六条、第二百九十五条、第二百六十五条、第二百六十五条の二、第二百六十五条の三関係）

変 更 届 書

業 務 の 種 別		医療機器修理業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		13BS000000 令和〇年〇月〇日	
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	都庁メディカル株式会社	
	所 在 地	東京都新宿区西新宿	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	責任技術者	東京 太郎 東京都新宿区百人町〇-〇-〇 医薬品医療機器等法施行規則 第 188 条第 1 項第 1 号イ (第〇区分、第〇区分) 医薬品医療機器等法施行規則 第 188 条第 1 項第 2 号イ	薬務 花子 東京都港区港南〇-〇-〇 医薬品医療機器等法施行規則 第 188 条第 1 項第 1 号イ (第〇区分、第〇区分) 医薬品医療機器等法施行規則 第 188 条第 1 項第 2 号イ
変 更 年 月 日		令和〇年〇月〇日	
備 考		責任者の資格を証する書類は、令和〇年〇月〇日提出の医療機器修理業変更届書（13BS000000）に添付のため省略	

上記により、変更の届出をします。

令和 年 月 日

提出する日を
記載してください。

住 所 東京都中央区〇〇X-X-X

氏 名 都庁メディカル株式会社
代表取締役 健康 一

東京都知事 〇〇 〇〇 殿

届出時点での都知事名を
記載してください。

担当者： 薬事部 薬務花子
連絡先： 03-XXXX-XXXX
業者コード： 000000-001

住所・氏名は登記簿どおりに記載し
てください。

事業所に割り当てられている業者コードを記載してください。
(法人としてのコード (-000) ではありません。)

有効期間の始期年月日
(証明日ではありません。)

責任技術者の氏名、住所及び資格条文を記載します。
変更のない箇所についても記載が必要です。
枠内に収まらない場合は、別紙としてください。

添付書類を省略する際には、
添付先の書類の種類と提出年月日を記載してください。