

様式第六 (第十六条、第十六条の二、第九十九条、第百条、第百十四条の六十九、第百十四条の七十、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、第百七十四条、第百七十六条、第百九十五条、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

業務の種類別		医療機器製造業	
許可番号、認定番号又は登録番号及び年月日		13BZ000000 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 品川工場	
	所在地	東京都品川区〇〇X-X-X	
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114条の52第1項第1号	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114条の52第1項第1号
変更年月日		令和〇年〇月〇日	
備考		製造品目の種類：医療機器プログラム 医療機器プログラムの記録媒体 一般医療機器 プログラム・一般医療機器以外 製造工程：設計 主たる組立 滅菌 最終製品の保管 責任者の資格を証する書類は、令和〇年〇月〇日提出の第〇種医療機器製造販売業変更届書(13B〇X00000)に添付のため省略	

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。

該当する製造品目の種類と製造工程を
記載してください。

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。

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。

住所

氏名 都庁メディカル株式会社
代表取締役 健康 一

住所・氏名は登記簿どおりに記載
してください。

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： 000000-002

製造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。)