

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 メンテナンスセンター	
	所 在 地	東京都文京区〇〇X-X-X 〇〇ビル	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	氏名	東京ヘルスケア株式会社	都庁メディカル株式会社
	名称	東京ヘルスケア株式会社 メンテナンスセンター	都庁メディカル株式会社 メンテナンスセンター
	住所	東京都港区港南 A-B-C	東京都新宿区西新宿 X-Y-Z
変 更 年 月 日		令和〇年〇月〇日	
備 考	登記事項証明書は、令和〇年〇月〇日提出の第〇種医療機器製造販売業(13B〇X00000)変更届書に添付のため省略		

有効期間の始期年月日  
(証明日ではありません。)

変更後の名称を  
記載してください。

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

上記により、変更の届出をします。

令和 年 月 日

住 所

東京都新宿区西新宿 X-Y-Z

氏 名

都庁メディカル株式会社

代表取締役 健康 一

変更後の住所・氏名を  
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： 000000-001

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。)