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、第百二十七条、第百三十七条の六十五、第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○年○月○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○○X－X－X

	事項	変更前	変更後
変更内容	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 品川工場	都庁メディカル株式会社 品川工場
	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○年○月○日
備考	登記事項証明書は、令和○年○月○日提出の第○種医療機器製造販売業(13B○X00000)変更届書に添付のため省略 製造品目：医療機器プログラム　医療機器プログラムの記憶媒体 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、主たる組立て、滅菌、最終製品の保管

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。

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

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　○○　○○　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

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。）